TRAITEMENT

DES

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS

PAR LE PESSAIRE-GRANDCOLLOT

APPAREIL

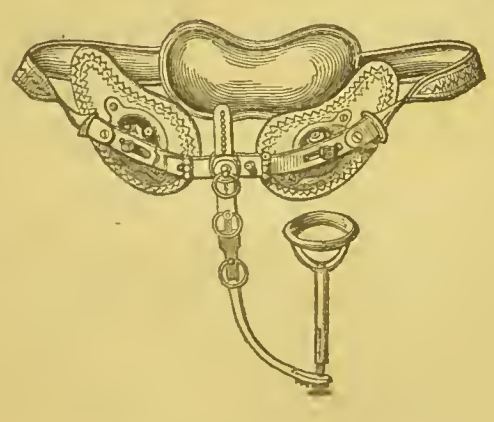
Approuvé par l'Académie impériale de médecine,

PAR

L. P. GRANDCOLLOT.

Ubi vagina, aut uterus prolabitur, non nisi pessario sanari potest.

G. HEBERDEN.



PARIS

Chez l'auteur, rue Saint-Antoine, 149

J. B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

rue Hautefeuille, 19.

1862

AVANT-PROPOS

Le but de cette publication est de faire connaître aux médecins la construction et la manœuvre d'un nouveau genre de pessaire, fruit de vingt ans de travail, d'essais, et de perfectionnements successifs. L'Académie impériale de médecine l'a jugé digne de son approbation.

Pour la commodité du lecteur, nous avons cru convenable d'y joindre, aussi sommairement que possible, les notions élémentaires d'anatomie et de pathologie indispensables à l'intelligence du jeu et du degré d'utilité de notre appareil ; déclinant, d'ailleurs, toute prétention magistrale, et déclarant d'avance que nous les avons puisées aux sources si fécondes, si épurées de la science contemporaine.

TRAITEMENT

DES

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS

PAR LE PESSAIRE-GRANDCOLLOT

ANATOMIE

L'utérus, organe essentiel de la gestation, est situé dans l'excavation pelvienne, entre le rectum et la vessie. Son extrémité inférieure fait saillie dans le vagin, et son fond arrive à peine au niveau du détroit supérieur.

Sa forme est comparée, par tous les auteurs classiques, à celle d'une poire aplatie ou plus heureusement à celle d'une petite gourde comprimée d'avant en arrière dont le goulot regarderait en bas.

Son poids, d'après Cazeaux, est de 24 à 40 grammes chez les filles pubères, et de 48 à 60 chez les femmes qui ont accouché ; chez les vieilles femmes

il descend quelquefois jusqu'à 8 ou 10 grammes.

Le volume est variable selon l'âge et selon l'époque à laquelle on l'examine. Voici les moyennes obtenues par M. Richet, sur 40 autopsies de femmes âgées de 18 à 40 ans.

Diamètre vertical de la cavité utérine, 60 millimètres ;

Le même, parois comprises, 68 millimètres ;

Diamètre transverse entre les deux orifices tubaires, 30 millimètres;

Le même, parois comprises, 47,5 millimètres.

Chez les nullipares le diamètre intra-utérin est de 55 millimètres; l'extra-utérin de 65 millimètres.

Des deux transverses, l'interne est de 27 et l'externe de 45.

Chez les femmes vierges ces dimensions sont un peu moindres; elles s'élèvent, au contraire, sensiblement pendant les quelques jours qui précèdent les règles.

En déduisant l'épaisseur approximative des parois utérines de la différence de ces dimensions internes et externes, et en remarquant que les diamètres transverse et vertical sont dans le rapport de 1 à 2, le même anatomiste a imaginé un procédé ingénieux pour évaluer sur le vivant le volume exact de l'organe.

Soit, par exemple, 55 millimètres le diamètre

vertical de la cavité utérine, pris à l'aide de l'hystéromètre ; celui du diamètre transverse sera de 27,5 millimètres et l'épaisseur moyenne des parois étant 10 millimètres, on aura tous les éléments voulus; non-seulement pour apprécier le volume demandé, mais encore pour figurer un dessin assez exact de l'organe.

Aran conteste l'exactitude de ce résultat, à cause de la grande variabilité de l'épaisseur des parois ; en effet, celle-ci rendant possible une erreur de plusieurs millimètres, enlève à cette méthode une grande partie de sa valeur pratique.

La direction de cet organe est une question aujourd'hui douteuse et singulièrement controversée. L'axe de l'utérus est-il fixe ou indéterminé ? Est-il parallèle à celui du détroit inférieur ou à celui du détroit supérieur? Est-il normalement rectiligne ou brisé? Change-t-il de forme et de direction avec l'âge, les rapports sexuels et la gestation ? Toutes ces propositions ont été soutenues par des auteurs si compétents, et appuyées chacune de témoignages si directs et si nombreux que l'esprit demeure dans le doute. L'opinion que nous croyons la plus probable est une opinion mixte : dans le bas âge l'utérus obéit aux impulsions diverses qu'il reçoit des organes voisins, de sorte qu'il est, pour ainsi dire, flottant dans la cavité pelvienne. Ses parois incapables de résister subissent des inflexions diverses ; mais plus tard

quand les congestions menstruelles répétées et le travail de la gestation ont donné plus de vigueur et de rigidité à ses éléments anatomiques, il tend à se redresser, et à affecter une position fixe dont la direction légèrement curviligne est à peu près parallèle à l'axe général du bassin : du reste la solution de cette question intéressante au point de vue abstrait et purement scientifique importe moins au praticien. Il est facile de se convaincre qu'un déplacement ou une déformation réellement pathologiques laisseront rarement des doutes sur leur nature. Nous ajouterons que le corps de l'utérus est généralement porté à droite : disposition qu'on explique par la brièveté du ligament rond de ce côté, ou par la présence de l'S iliaque et du rectum du côté opposé.

L'étude de ses connexions et de ses rapports présente beaucoup plus d'intérêt au point de vue qui nous occupe, à cause des déductions étiologiques et thérapeutiques qui en découlent. A première vue, il est facile de se convaincre que l'utérus est libre et flottant par ses deux extrémités et fixe seulement par sa partie moyenne. Cette disposition implique une certaine indépendance de mouvements et de situation entre son corps et son col qui n'a pas été assez remarquée, et qui peut, jusqu'à un certain point, expliquer la fréquence des flexions. Dans le cas de versions bien marquées, peut-être faudrait-il admet-

tre quelques circonstances exceptionnelles, comme une altération de tissu, une congestion, une hypertrophie qui, en donnant plus de résistance aux parois, permettent à l'organe des mouvements de totalité. En effet, M. Richet a constaté que, après la section des ligaments larges, rien n'empêche le corps de l'utérus de se fléchir en tous sens, tandis que le col demeure fixe et immobile.

L'utérus est engagé par son extrémité inférieure dans le vagin, à la manière d'un coin; cette disposition semble démontrer qu'il cherche un point d'appui dans la résistance du canal utéro-vulvaire, et même quelques chirurgiens, considérant cette apparence comme une réalité, ont proposé d'agir sur les parois du vagin, pour remédier au prolapsus de la matrice. Il n'en est rien cependant.

Une étude attentive démontre également que le plancher périnéal est étranger à sa fixité, car l'aponévrose pelvienne et le muscle releveur de l'anus viennent s'appuyer sur le vagin beaucoup au-dessous de l'insertion utéro-vaginale. Il résulte de cette remarque que l'application de la pelote périnéale, ayant pour but de renforcer le plancher du bassin, repose sur une erreur anatomique, et ne saurait constituer qu'un moyen irrationnel et incomplet. Si la résistance des parois vaginales est insuffisante, et si le périnée ne peut concourir au soutien de l'utérus, il faut en chercher la cause dans d'autres

éléments. Nous la trouvons presque uniquement dans ses ligaments et dans ses connexions avec la vessie.

Les ligaments sont au nombre de quatre de chaque côté : les ligaments larges, les ligaments ronds, et les ligaments antérieurs et postérieurs.

Les ligaments larges ne sont qu'un repli péritonéal, étendu du bord de l'utérus aux parois latérales du bassin ; malgré sa ténuité, ce moyen de support est considérable à cause de l'étendue de sa surface ; on trouve, d'ailleurs, entre ses deux feuillets séreux une couche de tissu cellulaire fibroïde qui concourt à sa solidité.

Les ligaments ronds ou ligaments sus-pubiens sont des cordons cylindriques implantés d'une part sur l'utérus, dans le voisinage de l'angle, au-dessous et un peu en avant de l'insertion de la trompe, et qui, soulevant le feuillet du ligament large, se logent dans son aileron antérieur, se dirigent en haut et en dedans, s'engagent dans le canal inguinal et viennent se fixer au pubis et dans le tissu cellulaire de la grande lèvre.

Les ligaments antérieurs et postérieurs résultent d'une disposition particulière du péritoine que nous devons rappeler. Cette séreuse, chez la femme, abandonne la face postérieure de la vessie, marche vers le col utérin, se relève en formant un cul-de-sac, tapisse la face antérieure de l'utérus, passe sur son

fond, se réfléchit sur sa face postérieure et descend derrière le vagin pour en recouvrir le tiers supérieur, et de là se porte sur le rectum où il continue son trajet, en faisant un deuxième cul-de-sac. Dans le fond du cul-de-sac vésico-utérin, le péritoine en se réfléchissant forme deux replis latéraux, étendus de la vessie à l'utérus, et qui constituent les ligaments antérieurs ou ligaments vésico-utérins. Ces replis, assez souvent peu marqués, n'ont qu'une importance secondaire.

Les ligaments postérieurs, ligaments utéro-sacrés, ou replis de Douglas, sont formés par une disposition analogue, qu'on observe dans le fond du cul-de-sac postérieur. Ceux-ci, beaucoup plus marqués et falciformes, se dirigent en arrière, cotoient le rectum, et se fixent sur le sacrum. Entre leurs deux feuillets existe une masse de tissu rougeâtre, jouissant de propriétés élastiques marquées. Ils ont évidemment pour fonctions de suspendre l'utérus et même le vagin.

Outre ces divers modes de support, la matrice possède des connexions avec la vessie qui concourent à la solidité de sa situation. M. Jobert (de Lamballe), dans son *Traité de chirurgie plastique*, a fait connaître avec beaucoup de détails les points communs de ces deux viscères. Il résulte de ses recherches que, dans toute l'étendue qui sépare le cul-de-sac utérin du point le plus élevé de la muqueuse vaginale, la

face antérieure de l'utérus se trouve immédiatement en rapport avec la face postérieure de la vessie. Dans cet espace qui est de 2 ou 3 centimètres, l'union des deux organes a lieu par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire facile à diviser, mais qui possède assez de résistance pour qu'on soit obligé de l'inciser dans les opérations de fistules vésico-vaginales, afin que ses tiraillements incessants ne viennent pas compromettre la cicatrisation de la plaie.

On distingue à l'utérus un corps et un col. Ces deux parties sont nettement tranchées par une dépression circulaire bien visible, surtout en avant et sur les côtés. Cette rainure, très-marquée chez le fœtus et chez l'enfant, s'efface à la longue sous l'influence des rapports sexuels, de la congestion menstruelle, de la grossesse et même de l'inflammation, de sorte que chez la femme adulte le corps et le col se font suite sans aucune ligne de démarcation extérieure. A l'intérieur la limite est réelle. Il existe toujours une saillie linéaire bien manifeste qui isole les cavités du col et du corps. On trouve en outre à ce niveau un cercle contractile qui s'oppose à l'entrée des corps étrangers, notamment à l'introduction de l'hystéromètre, et qui présente ainsi une grande anologie avec le sphincter, qui existe dans d'autres organes. M. Richet n'a pu cependant découvrir en ce point un système de fibres circulaires complètes, comme l'induction aurait pu le faire supposer.

Le rapport entre le volume du corps et celui du col diffère suivant les âges. Le corps, rudimentaire pendant les premiers temps de la vie, s'accroît insensiblement et prédomine à l'époque de la puberté. On a remarqué qu'il existe une sorte d'antagonisme entre le développement de ces deux parties : ainsi, tandis que, chez le fœtus, le col l'emportait de beaucoup par sa masse, chez la femme nubile le corps occupe à peu près le tiers du volume total. Nous nous occuperons uniquement de la portion sous-vaginale du col, renvoyant aux ouvrages spéciaux pour ce qui concerne l'étude du corps.

Le col se présente sous forme d'un tronc de cône, légèrement aplati d'avant en arrière, totalement libre dans le vagin, et un peu dévié en arrière. Son aspect est rosé, et sa consistance ferme. Son volume, selon la remarque de M. Malgaigne, diffère avec les individus autant que celui du pénis et du gland chez l'homme. Nous croyons en donner une idée suffisamment exacte en disant qu'à son extrémité inférieure, il offre un centimètre de diamètre en tous sens, et en rappelant que le rayon transversal l'emporte sur l'antéro-postérieur, que toutes ses dimensions s'élèvent à l'occasion des règles et à mesure qu'on s'éloigne du museau de tanche. Son extrémité inférieure est arrondie et percée d'une ouverture circulaire ou légèrement elliptique chez les vierges et les nullipares, et d'une fente transversale chez les

femmes qui ont accouché. Cette ouverture est excentrique, plus rapprochée de la demi-circonférence antérieure que de la postérieure, de manière à diviser le corps en deux lèvres, dont la deuxième est plus longue, plus épaisse et plus ferme que la première. Cet orifice, très-étroit et admettant avec peine un stylet délié chez les jeunes filles, se dilate avec le nombre successif des accouchements et finit par constituer un espèce d'hiatus constamment béant, et suffisamment agrandi pour admettre le doigt de l'explorateur. Dans ce dernier cas, il existe en même temps des cicatrices linéaires, nombreuses, rayonnées, qui lui donnent un caractère particulier, parfaitement appréciable au toucher et à la vue.

La saillie du col dans le conduit vulvo-utérin doit être notée avec soin. Le vagin s'insère à l'union du tiers supérieur du col avec ses deux tiers inférieurs, et cette insertion a lieu suivant un plan oblique en haut et en arrière. Il résulte de cette disposition, que le cul-de-sac postérieur est plus profond que l'antérieur et peut être plus difficilement atteint. Ce dernier est en moyenne d'un centimètre, l'autre a une profondeur double ou triple.

Chez les femmes qui ont eu des accouchements nombreux, on trouve exceptionnellement la saillie du col complétement nulle ; dans ce cas le vagin se termine en un cul-de-sac unique, au fond duquel le doigt constate l'ouverture du museau de tanche.

30 Mai

La cavité du col est olivaire et présente à son plan supérieur le cercle contractile qui la sépare de la cavité triangulaire du corps.

Il importe aussi de savoir à quelle hauteur normale se trouve le col dans le vagin, afin de pouvoir tracer une limite exacte entre l'état physiologique et l'abaissement. Mais ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, on se trouve en présence de divergences d'opinions, qui démontrent combien les données anatomiques sont souvent insuffisantes pour la solution des questions complexes de pathologie. Certains auteurs le placent à 12 centimètres, d'autres à 6. D'après Aran, la hauteur serait de 6 centimètres pour les femmes qui ont accouché et de 7 à 8 pour les autres. D'ailleurs, la paroi antérieure est plus courte que la postérieure, et cette différence est d'un cinquième, d'après madame Boivin. Enfin, nous rappellerons que l'organe gestateur est constitué par un tissu propre, formé de fibres contractiles, pouvant aisément revêtir toute l'apparence du tissu musculaire, et formant un tout, inextricable, suivant les uns, et affectant, suivant les autres, une direction déterminée.

Le péritoine lui forme une tunique incomplète, surtout en avant, et la cavité du corps et du col est tapissée par une muqueuse dont l'existence a été mise expérimentalement hors de doute par des dissections récentes et suffisamment connues. Cette

muqueuse se distingue surtout de celles des autres cavités, par son extrême friabilité, son épaisseur et son immobilité, qu'elle doit à son intime adhérence à l'élément fibreux de l'organe et à l'absence de tissu cellulaire sous-jacent. On trouve sur le corps un grand nombre de glandes en tube, légèrement flexueuses, et sur le col, des follicules, qui par suite de l'oblitération normale ou accidentelle de leur orifice et leur agrandissement consécutif, constituent ce qu'on appelle œufs de Naboth. Quand cette disposition s'exagère, il en résulte la tumeur connue sous le nom de polypes utéro-folliculaires.

Les artères viennent de l'aorte directement (*art. utéro-ovariennes*). et de l'hypogastrique (*art. utérines*). Ces vaisseaux pénètrent dans l'organe par ses bords, s'y divisent, s'y anastomosent et constituent autour des glandules de la muqueuse un riche réseau de capillaires artériels; c'est ce réseau qui fournit à l'exhalation menstruelle.

Les veines y sont nombreuses et volumineuses. Leurs parois, adhérentes au tissu du viscère, demeurent béantes, quand on les coupe, circonstance qui leur a valu la dénomination de sinus utérins.

Dans le tissu musculaire, on constate la présence de lymphatiques suivant le trajet des artères et se jetant, ceux du corps, dans les ganglions lombaires, et ceux du col dans les ganglions pelviens et iliaques.

Ces divers ordres de vaisseaux subissent une augmentation de calibre pendant la grossesse et la menstruation.

Les nerfs émanent du plexus hypogastrique. Les anatomistes pensent que l'utérus reçoit aussi des filets du plexus sacré, mais ce point scientifique est loin d'être démontré. On n'a jamais pu suivre de filet nerveux jusqu'au museau de tanche proprement dit; on peut cependant, par une légitime induction, supposer qu'il en reçoit; car suivant la remarque d'Aran, le col ne présente que cette espèce d'insensibilité qu'on a dans ces derniers temps désignée sous le nom d'analgésie, et il perçoit d'ailleurs très-bien les sensations de toucher, de température, etc. On ignore si les nerfs participent à l'hypertrophie générale des éléments de l'organe pendant la gestation.

I

DÉPLACEMENTS

Sous l'action isolée ou combinée de causes nombreuses, l'utérus s'élève, s'abaisse, se retourne, s'infléchit ou oscille suivant des directions diverses autour de son axe normal. De là l'*ascension*, l'*abaissement*, le *renversement*, les *versions* et les *flexions*.

Nous étudierons plus spécialement l'abaissement.

Celui-ci présente trois degrés : dans le premier, la matrice quoique notablement déplacée reste encore incluse dans le vagin.

Dans le deuxième, le museau de tanche atteint le plan des grandes lèvres et apparaît à la vulve.

Dans le troisième, l'utérus a franchi cette ouverture et pend entre les cuisses de la femme.

Ces trois phases de la maladie ont reçu les noms correspondants d'*abaissement*, de *chute* et de *précipitation*.

§ 1er. — Causes.

Les causes et le mécanisme de cet accident ont été l'objet d'assertions diverses et de nombreuses

discussions. On l'a tour à tour attribué à l'augmentation du poids de l'organe, à la fatigue de ses ligaments, au relâchement du vagin et du périnée. Ces diverses opinions pour la plupart incomplètes ou trop exclusives, ne sont point contradictoires, et il est facile de les accorder en classant ces causes par ordre d'activité et de fréquence, et en fixant à chacune la part qui lui revient dans la production du phénomène.

Pour que la matrice demeure suspendue à sa hauteur dans la cavité pelvienne, il faut et il suffit que la somme de son poids et des poussées qu'éprouve son fond dans les divers actes musculaires ou digestifs, constitue une quantité moindre que la résistance de ses moyens de fixité.

Du rapport normal de ces deux termes résulte la situation physiologique de l'utérus; mais si le poids de l'organe augmente sensiblement ou si les ligaments acquièrent une laxité notable, l'équilibre est rompu et l'abaissement commence. A plus forte raison l'accident éclatera-t-il si ces deux circonstances se trouvent réunies, comme cela arrive fréquemment. Ainsi, il est incontestable que les congestions utérines longues et répétées, que les inflammations chroniques, que l'hypertrophie, que la présence de tumeurs développées, soit dans sa cavité, soit dans l'épaisseur de ses parois, jouent un rôle considérable dans l'étiologie de l'abaissement.

Mais ce serait aller au delà des faits et s'exposer à prendre souvent l'effet pour la cause, que de prétendre, ainsi qu'on l'a fait, que cette circonstance est l'élément fondamental et exclusif du déplacement.

Ce serait aussi s'engager dans un dédale de subtilités sans issue que de vouloir établir, même approximativement, quel sera le degré d'altération utérine capable de fatiguer la puissance des moyens de fixité, et suffisant pour produire primitivement la lésion qui nous occupe. La somme de ces résistances est tellement variable selon les organisations individuelles, qu'elle demeure toujours indéterminée. La présence dans l'abdomen de tumeurs volumineuses ou de collections immenses de liquide exerce une influence plus évidente, plus décisive et que l'on peut souvent regarder comme exclusive. Il n'en est pas de même des accidents ni des professions qui nécessitent des efforts violents et répétés; car ces circonstances dont il faut nécessairement tenir compte, exigent le concours d'un autre ordre de causes. Il n'est pas douteux cependant qu'à la suite de chutes, de contusions, d'efforts violents, le prolapsus utérin ne puisse se montrer subitement, et cela se voit même quelquefois; mais tout porte à penser que dans ce cas, il existait antérieurement à l'accident une prédisposition quelconque, résultat de la constitution, du tempérament, d'une

maladie antérieure, d'un accouchement, d'un avortement récent. La vérité de cette assertion ressort suffisamment de l'examen théorique des faits et de la rareté relative de cet accident, tant chez les femmes qui se livrent aux travaux les plus pénibles, que chez celles qui sont souvent atteintes de toux convulsive, de vomissements nerveux et de constipation. En d'autres termes, ici comme pour la production de la hernie, l'effort ou l'accident ne feront que déterminer l'explosion des prédispositions.

L'insuffisance des moyens de suspension est une cause plus active et plus commune. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la matrice est fixée dans le pelvis par des ligaments nombreux; nous avons établi que le plancher périnéal étant à 2 ou 3 centimètres du museau de tanche, ne concourt pas directement à son soutien; nous avons également démontré que les ligaments de Douglas fixent le vagin en même temps que l'utérus. D'ailleurs, Holh a démontré par une expérience sans réplique, que l'utérus ne s'abaisse pas sur le cadavre quand on enlève le vagin et le périnée. Néanmoins, il est incontestable que le vagin et le plancher périnéal apportent un contingent de résistance qui, pour être accessoire, n'en est pas moins réel.

Le relâchement des ligaments tient à diverses circonstances : il peut être un attribut de la constitution et coïncider avec une faiblesse générale, con-

génitale ou acquise de tout le système fibreux. L'usage prolongé du corset et de vêtements très-serrés ou de toute espèce de liens étreignant fortement la taille, en refoulant la masse intestinale vers les parties les plus déclives de l'abdomen, exerce sur le fond de la matrice une action lente et continue qui fatigue ses ligaments et détruit à la longue leur élasticité.

Une circonstance plus active gît dans les changements que ces organes éprouvent pendant la gestation et l'accouchement. Les statistiques s'accordent à démontrer que la chute de l'utérus affecte les femmes qui ont accouché et surtout celles qui ont eu des accouchements fréquents et rapprochés. La valeur de cet ordre de causes s'accroît encore d'un grand nombre de circonstances accessoires : les femmes, qui pendant leur grossesse sont obligées de continuer l'exercice d'une profession pénible, celles qui se lèvent de trop bonne heure après la délivrance, et qui reprennent leurs travaux, sont plus exposées à cet accident que celles qui ont pu jouir de toutes les ressources d'une hygiène bien entendue; il en est de même des accouchements laborieux, des ruptures du périnée, des déchirures du vagin, etc.

En résumé, on peut dire que toute descente de matrice est précédée d'un relâchement des ligaments ; que ce relâchement peut exister primiti-

vement, ou être consécutif, soit à un excès de pression de la part de l'utérus, soit, ce qui est plus rare, à un défaut de résistance des parois du vagin ou du plancher périnéal.

§ 2. — Anatomie pathologique.

Dans les abaissements récents et peu avancés, les altérations de l'organe sont nulles ou peu marquées. Mais quand l'affection est ancienne, et qu'elle a acquis un certain développement, l'organe a subi des modifications importantes; son tissu est rouge, congestionné; les veines sont dilatées et comme variqueuses; la muqueuse du col est érodée, ulcérée; celle du corps offre tous les caractères propres au catarrhe utérin. Les parois sont ordinairement plus dures et crient sous le scalpel : elles ont subi une véritable hypertrophie dans laquelle l'examen microscopique démontre une grande quantité de tissu cellulaire accumulé entre les fibres musculaires. Les cavités sont agrandies ; l'hystéromètre peut constater un allongement de plusieurs centimètres. Cet état hypertrophique a été mentionné par Levret et par d'autres observateurs, mais M. Huguier a le premier insisté sur sa constance et sur l'importance qu'il peut acquérir. On ne saurait cependant accepter sans une grande réserve sa manière de voir, quand il affirme que les prétendus cas de chute de l'utérus ne sont que des exemples d'hypertrophie

du col. Aran a démontré que dans les prolapsus récents cet allongement n'est point hypertrophique, mais qu'il résulte seulement de la pression des organes voisins à travers lesquels l'organe se file pour ainsi dire, car, dit-il, en mesurant l'utérus à l'état d'abaissement, l'hystéromètre constate une augmentation de longueur qu'on ne trouve plus après la réduction.

De ce fait, on peut conclure que l'hypertrophie réelle qui se montre dans les cas très-anciens, n'est qu'un effet secondaire du déplacement. Cette évolution de tissu s'explique assez heureusement par la stase sanguine dont le col, vu sa position si déclive, est le siége permanent, par les inflammations subaiguës, par les exsudations diverses qui en sont la conséquence.

La muqueuse du vagin est renversée, et forme l'enveloppe externe de la tumeur ; ses plis sont effacés ; sa surface, sèche et recouverte d'un épithélion pavimenteux a revêtu l'aspect de la peau. L'anneau vulvaire a disparu ; les grandes lèvres sont tuméfiées ; la vulve est arrondie, dilatée et semble constituée par deux arcs, dont l'un serait antérieur et l'autre postérieur ; en arrière, on remarque assez souvent des érosions et des ulcérations.

Le périnée a perdu toute sa résistance et tend à s'effacer. Souvent les organes voisins sont entraînés et font partie de la tumeur, qui acquiert alors un

volume et un poids considérables. C'est surtout la vessie et le rectum qui entrent dans la composition de la tumeur; mais quelquefois aussi la masse intestinale se précipite dans l'espèce d'entonnoir que forme le renversement du vagin et y contracte des adhérences qui s'opposent à la réduction ultérieure du prolapsus.

§ 4. — Symptômes et diagnostic.

Quand la matrice se précipite brusquement hors de la vulve, ainsi que cela se produit à la suite d'un accident ou d'un violent effort, la femme éprouve subitement une douleur déchirante vers le sacrum et vers les aines. En même temps apparaissent des phénomènes nerveux divers, des syncopes, des nausées, des vomissements; il est même possible qu'à ce désordre inattendu succèdent des inflammations pelviennes graves, conséquence de tiraillements ou de déchirures des ligaments larges ou des cordons sus-pubiens. Si l'abaissement se produit peu à peu, ainsi que cela arrive communément, le moment précis où l'affection débute passe inaperçu. Les femmes se plaignent pendant longtemps d'un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre et le périnée; elles éprouvent dans le vagin la sensation singulière d'un corps volumineux qui tendrait à s'échapper à travers la vulve. Il existe presque toujours des douleurs plus ou moins vives et s'irradiant vers les lom-

bes, le pli de l'aine ou les cuisses. Ces phénomènes ne sont constants ni dans leur durée, ni dans leur intensité ; ordinairement ils s'exagèrent aux époques menstruelles et s'aggravent avec le temps. Plus tard surviennent des troubles de la miction et de la défécation, et même des accidents nerveux, digestifs, circulatoires, et respiratoires, dont l'ensemble simule l'hystérie ou la chlorose. Quand la vessie a été entraînée dans la tumeur, elle présente une espèce de bas-fond dans lequel l'urine s'accumule, séjourne, s'altère et donne lieu à tous les accidents du catarrhe vésical. Il en est de même du rectum : sa paroi antérieure, étant distendue, forme une espèce d'ampoule ou les matières fécales se concrètent, se durcissent, et se trouvent soustraites à la circulation intestinale.

Indépendamment de tous ces accidents, quand la tumeur fait saillie entre les cuisses, elle subit incessamment le contact de l'urine, des produits leucorrhéiques, et le frottement des vêtements ; il en résulte des douleurs locales, des rougeurs, des érosions, et des ulcères. On a vu la gangrène envahir divers points de la tumeur, et donner lieu à des fistules incurables.

Ces accidents nombreux et pénibles, outre qu'ils condamnent la femme à une inaction complète, réagissent sur sa constitution, et amènent un dépérissement progressif.

L'exploration directe est le meilleur moyen de constater l'existence de la lésion qui nous occupe. Au premier degré le toucher constate la présence du col dans le voisinage de l'anneau vulvaire. Dans cet examen, il ne faut point oublier qu'il existe des différences individuelles considérables relativement à la longueur du vagin ; au deuxième et au troisième degré, il existera une tumeur, toujours caractéristique pour l'observateur attentif, et que les détails donnés plus haut, nous dispensent de décrire.

Les troubles de la miction et les altérations matérielles de l'urine feront soupçonner la présence d'une cystocèle vaginale ; on acquerra la certitude de cet accident par le cathétérisme vésical. En introduisant une sonde d'homme et en élevant son pavillon pour en faire saillir le bec en bas et en avant, on pourra le sentir à travers les parois du vagin, en promenant le doigt sur la face antérieure de la tumeur. Le toucher rectal constatera aisément la présence du rectocèle.

L'aspect toujours caractéristique du museau de tanche suffira pour éloigner l'idée d'une inversion ou d'un polype. L'hypertrophie se distinguera aux caractères suivants : La réduction ne sera pas possible, ou ne le sera qu'incomplétement ; la muqueuse du vagin n'étant pas retournée, laissera le doigt s'engager profondément entre la tumeur et la paroi du canal utéro-vulvaire ; le toucher

rectal constatera la présence de l'utérus dans sa situation normale, enfin le corps de l'organe, participant assez souvent à l'hypertrophie, sera perceptible par le palper abdominal.

Abandonnée à elle-même, l'affection s'accroît lentement, mais fatalement : on l'a vue, il est vrai, guérir quelquefois sous l'influence des forces seules de la nature, mais ce serait se bercer d'une grande illusion que de compter sur un semblable événement.

§ 4. — **Traitement.**

Quand la chûte de l'utérus est le résultat d'une lésion profonde de ses parois ou d'une tumeur volumineuse de l'abdomen, elle constitue un épiphénomène, dont l'importance est secondaire et ne réclame qu'un traitement palliatif. Si l'accident, au contraire, ne se rattache pas à un désordre grave et qu'il puisse être considéré comme essentiel, il a droit à une attention spéciale et à la mise en œuvre de moyens pratiques variés.

Le traitement est médical ou chirurgical.

Le premier comprend des moyens généraux et des moyens locaux. Les moyens généraux ont peu d'efficacité et l'usage en est à peu près abandonné. A une autre époque on a eu recours à l'administration des astringents à l'intérieur ; mais cette méthode, appliquée même avec persévérance, est tou-

jours demeurée sans résultat. L'ergot de seigle, à cause de son action élective sur le tissu musculaire de l'utérus, semblerait plus rationnellement indiqué. L'expérience n'a pas donné raison à cette conception théorique. Lorsque l'on considérait l'engorgement comme l'élément fondamental du déplacement, on a pu, avec quelque espérance de succès, donner les iodures, les préparations mercurielles. Aujourd'hui tout le monde sait le degré de confiance que mérite une semblable thérapeutique.

La médication locale, quoique plus rationnelle et en réalité plus active, est insuffisante dans la majorité des cas. Les solutions astringentes ou irritantes, les pessaires médicamenteux ont été tour à tour essayés et abandonnés.

L'emploi prolongé des douches froides semble mieux indiqué et peut donner des résultats satisfaisants, mais seulement dans les cas légers, et lorsque la femme par sa docilité, son âge, sa position sociale, peut s'astreindre d'une manière absolue aux prescriptions d'une hygiène appropriée et rigoureuse.

Somme toute, les ressources pharmaceutiques, dans cette circonstance, n'ont qu'une valeur accessoire, et le recours aux moyens chirurgicaux est inévitable.

Ceux-ci consistent dans l'emploi d'agents mécaniques divers ou dans la pratique d'un certain nom-

bre d'opérations, qui sans être essentiellement graves, ne sont pas toujours inoffensives.

Les appareils mécaniques s'appliquent sur l'abdomen, sur le périnée ou dans le vagin. Les ceintures abdominales ou hypogastriques ont pour but de supporter la masse intestinale et d'empêcher son poids d'agir sur le fond de la matrice. Il est difficile de réaliser pratiquement cette conception, d'ailleurs rationelle et ingénieuse. Les chirurgiens et les fabricants se sont étudiés à les modifier et à les perfectionner, de sorte qu'il en existe un grand nombre de modèles qui ne laissent que l'embarras du choix. Malgré toutes ces tentatives, peu de femmes y ont recours avec avantage ; quelques-unes cependant se trouvent bien de leur emploi, soit seul, soit combiné à d'autres moyens. Cette ressource est le plus souvent insuffisante et n'exerce jamais qu'une influence médiocre sur la marche fatalement croissante de la maladie, et il arrive tôt ou tard un moment où son emploi devenu inutile doit être abandonné. Nous ajouterons que chez certaines malades, la ceinture produit un effet tout à fait inverse de celui qu'on en attendait : au lieu d'embrasser la masse intestinale et de la soulever, elle se borne à restreindre la capacité abdominale et contribue à refouler les viscères vers le pelvis. Cette circonstance facheuse, qui aggrave rapidement le mal, tient à des différences de forme ou d'application qu'il n'est

30 Mai

pas toujours facile d'apprécier. Il en est de même des ceintures mal construites, et le nombre en est grand, qui au lieu d'agir de bas en haut, compriment d'avant en arrière et même de haut en bas.

Par les moyens qu'on applique sur le périnée, on se propose de fermer la vulve, de renforcer le plancher périnéal ou de satisfaire à ces deux indications à la fois. Ceux qui veulent renforcer le périnée pour remédier à la lésion qui nous occupe, partent de cette hypothèse, que la matrice est supportée dans sa situation normale par la résistance des plans musculaires et aponévrotiques de cette région. Or, l'anatomie démontre qu'il n'en est rien, et que l'utérus demeure suspendu à quelques centimètres au-dessus de l'aponévrose supérieure du périnée. D'autre part, déterminer l'occlusion de la vulve par l'application d'une pelote périnéale, ou par tout autre moyen, c'est accepter d'avance la lésion que l'on veut combattre, et se résigner à laisser la matrice élire domicile dans le vagin. Ce fait, dans l'hypothèse même la plus favorable, celle où le but serait atteint, n'apportera à la femme qu'un demi-soulagement.

L'espérance de ce demi-succès est encore une illusion que nous devons combattre. Il est facile d'appliquer une pelote entre les cuisses d'une malade ; il est même facile de la maintenir dans une attitude donnée ; mais vouloir que cette immobilité

persiste quand la femme exécute des mouvements de torsion, de flexion, d'extension ou d'inclinaison latérale du corps, c'est vouloir l'impossible. En effet, il est évident que si l'appareil est bien ajusté et pressé convenablement quand la femme est debout, dans les mouvements de flexion ou d'extension, les points d'attache des liens se rapprochant ou s'éloignant, entraînent un relâchement de l'appareil tout entier et la sortie du col, ou une fort douloureuse exagération de constriction. Il est vrai qu'avec des attaches élastiques on peut jusqu'à un certain point remédier à cet inconvénient, mais non d'une manière suffisante. De ces alternatives de tension et de laxité résultent des déplacements de l'utérus, des frottements, des constrictions du col, et par suite des érosions, des ulcérations, etc. On doit donc reconnaître que ce moyen repose sur des données extra-scientifiques, qu'il est insuffisant et qu'il emprunte à l'imperfection des appareils, de graves inconvénients qui doivent le faire rejeter. On pourra cependant se résoudre à son application, lorsque l'utérus est irréductible ; voici dans ce cas le moyen qui nous paraît le plus simple, le plus approprié et le moins défectueux. On pourra prendre les plaques ou les pelotes actuellement en usage, mais on devra rejeter toute espèce de liens. Comme moyen de fixité, on usera d'une ceinture hypogastrique bien faite à laquelle on adaptera un ressort

de bandage, forgé pour la circonstance, descendant verticalement au-devant du pubis, convenablement coudé et pressant par son extrémité libre sur l'appareil périnéal ; en d'autres termes l'appareil que nous conseillons est le bandage en T ordinaire, ayant pour branche horizontale une ceinture hypogastrique et pour verticale un ressort de bandage herniaire. Il sera d'ailleurs facile d'articuler ces deux branches de manière à permettre les mouvements de latéralité et de recouvrir le tout d'une enveloppe inaltérable et moelleuse.

Le pessaire constitue la ressource la plus rationnelle, la plus efficace et la plus généralement employée. Peu de moyens cependant ont eu à essuyer plus de critiques et de reproches : la plupart même des praticiens qui, poussés par la force des choses, procédent à son application, ne dissimulent ni leur répugnance ni leurs craintes; d'autres, c'est le petit nombre, il est vrai, lui refusent toute utilité et ne lui épargnent ni les accusations, ni les malédictions.

A les entendre, le pessaire serait la source palpable, évidente, fatale de toutes les affections utérines ou vaginales, depuis le catarrhe jusqu'au cancer, et son usage serait un malheur et une impossibilité. Je ne saisquel philosophe, partisan sans doute du plein absolu, niait le mouvement ; un de ses adversaires pour toute réponse se mit sans rien dire à marcher devant lui. Ce mode de réfutation nous

semble opportun dans le cas qui nous occupe, et nous pourrions nous contenter de montrer à ces adversaires systématiques du pessaire, des milliers de femmes qui depuis longues années portent cet instrument, et qui lui doivent, toutes, un notable soulagement, quelques-unes une guérison durable.

L'honorable M. Robert a rappelé dans son rapport à l'Académie, que la fabrication parisienne en livre annuellement au commerce 300000 de diverses formes. Des renseignements ultérieurs nous permettent de croire que ce chiffre est encore au-dessous de la réalité ; or, en matière économique, la consommation règle la production : il y a donc, soit en France, soit ailleurs, un nombre assez considérable de malades qui ont usé et usent encore de ce moyen, pour que la question soit tranchée. D'autre part, aux personnes timorées qui s'exagéreraient l'influence facheuse de ce corps étranger sur les tissus, nous ferons un rapprochement qui démontrera jusqu'à l'évidence la tolérance, pour ainsi dire illimitée, des muqueuses pour les appareils. Nous voulons parler des pièces de prothèse dentaire qu'un grand nombre de personnes conservent dans la bouche sans aucun inconvénient. L'analogie est frappante : quand on introduit dans la cavité buccale, une machine, volumineuse, lourde, compliquée, composée d'ivoire, d'or, même de platine, il survient d'abord une stomatite plus ou moins

intense ; mais cette inflammation s'apaise peu à peu et en quelques jours disparaît tout à fait. Il en est de même du pessaire : nul doute que les premiers jours de son application il n'y ait une irritation, une espèce de révolte de tissus ; mais insensiblement la phlegmasie tombe, l'organe se résigne et le nouveau venu a acquis droit de domicile. Quelques observateurs ont même considéré ce degré de réaction inflammatoire comme un moyen providentiel de dégorgement du col, et de guérison définitive, par la transformation fibreuse qui peut le suivre. Parmi les partisans de cette doctrine il nous suffira de mentionner les noms vénérés de Levret et de Désormeaux.

Sans pousser aussi loin l'optimisme, nous n'hésitons pas à affirmer que le séjour de ce corps étranger dans le vagin, quand il est de dimensions, de forme, de nature convenables, est toujours innocent ; qu'on ne nous objecte pas, d'ailleurs, les graves accidents qui résultent du catéthérisme utérin et uréthral. Nous nions complètement l'identité des termes ; car, sans compter les différences d'organisations qu'entraînent des destinations différentes, il y a dans le second cas, non pas seulement séjour ou simple contact, mais distension, tiraillement, frottement, piqûre, déchirure, etc. Est-ce à dire que l'usage des pessaires ait toujours été sans inconvénient ou même toujours possible ? Nous

sommes loin de l'affirmer; mais nous ajoutons que si des circonstances insolites ont rendu quelquefois impossible l'emploi de ce moyen, dans la grande majorité des cas, les reproches encourus ont dû s'adresser, moins à l'imperfection de la méthode en général, qu'à la défectuosité de l'instrument mis en œuvre.

Nous décrirons sommairement les principales espèces de pessaires usités, en signalant leurs avantages et leurs inconvénients; nous chercherons ensuite à déterminer les conditions mécaniques auxquelles doit obéir cet appareil, enfin nous décrirons celui que nous avons soumis au jugement de l'Académie.

Les pessaires en gimblette ou pessaires unis sont suffisamment connus. Prenant leur point d'appui sur les parois du vagin, ils sont incapables de soutenir l'utérus quand la chute est un peu prononcée; ils ont d'ailleurs plusieurs inconvénients : ils compriment le rectum et la vessie; il est difficile de les empêcher de basculer dans le vagin ; à mesure que la résistance de cet organe se fatigue, on est obligé d'augmenter le diamètre de l'instrument et de lui donner des dimensions énormes de la distance bisciatique. Les pessaires ovales ménagent le rectum et la vessie, mais ont de plus que les autres l'inconvénient de basculer plus facilement et de s'échapper sous l'influence de la marche, des efforts ou même spontanément.

Les pessaires en boule, fréquemment usités en Angleterre, n'ont pas plus de solidité et ont le désavantage de laisser le col se placer soit en avant, soit en arrière du pessaire et glisser entre lui et le vagin, où il se trouve aplati et comprimé.

Quelques malades se servent d'une éponge fine, nue ou revêtue d'une chemise de toile. Ce procédé n'offre aucun avantage sur les pessaires dont nous venons de parler. On peut lui reprocher de condenser les liquides du vagin et de constituer un foyer de fétidité et d'infection. En outre l'irrégularité de dilatation de l'éponge qui ne saurait être exactement appréciée, peut-être insuffisante ou aller au delà des limites nécessaires.

Les pessaire en bondon ont la forme d'un cône tronqué, creux, et dont la grande base cherche son point d'appui dans la résistance de l'anneau vulvaire. Cet instrument n'a pas une grande solidité et il a le défaut de multiplier les surfaces de contact et par conséquent d'exagérer les inconvénients qui résultent de la présence d'un corps étranger. Tous ces instruments peuvent être armés d'une tige qui leur permet de s'appuyer à l'extérieur; ils prennent alors le nom de pessaires en bilboquet. Malgré ce perfectionnement apparent, ils ne fonctionnent pas mieux que les autres, ainsi que nous le démontrerons plus tard.

Le pessaire élytroïde de M. J. Cloquet, a tige ou sans tige, n'est qu'un pessaire en bondon ordinaire,

un peu aplati d'avant en arrière et légèrement courbé sur son axe de manière à se mouler, sur la forme du vagin. Il est difficile de dire où est l'avantage de ce perfectionnement.

Le pessaire en cuvette de Moreau est une espèce de cupule conique qui ne diffère du pessaire ordinaire que par une modification de forme insignifiante. Il existe aussi un modèle de cet instrument muni d'une tige.

Le pessaire de Piédagnel ne diffère du précédent que par l'allongement en forme d'entonnoir de sa circonférence inférieure. L'auteur a eu sans doute pour but, à l'aide de cet appendice, d'empêcher le pessaire de basculer dans le vagin. On trouve aussi du même auteur un autre modèle : c'est un pessaire en gimblette ordinaire, porté sur un arc de cercle, de manière à figurer très-exactement un étrier.

On a voulu à l'aide de cette disposition donner au pessaire une certaine fixité, tout en restreignant les points d'appui aux parois latérales du vagin.

Le pessaire en sablier de M. Malgaigne est constitué par deux troncs de cône, opposés par leur sommet; l'un s'appuie contre la partie inférieure du vagin et l'autre est destiné à recevoir le col. Le segment inférieur est percé de deux trous pour laisser passer des lacs. Ce n'est, comme on le voit, qu'un pessaire en bondon ordinaire évidé à sa partie moyenne.

Le pessaire élytro-mochlion du docteur Kilian,

repose sur un autre principe. C'est un ressort d'acier, rectiligne, revêtu d'une couche emplastique, et dont les extrémités portent chacune une pelote. Lorsqu'il est introduit dans le vagin, les pelotes rapprochées, et qu'il est abandonné à lui-même, la tige élastique cherchant à se redresser, soustend la voûte du vagin, et maintient l'utérus. Pour que ce petit instrument, d'ailleurs très-simple et très-ingénieux, eût une solidité suffisante, il faudrait donner au ressort une puissance qui deviendrait fâcheuse pour le canal utéro-vulvaire. Le docteur Kilian a donné de son pessaire une modification plus avantageuse. Ce sont trois ressorts rectilignes, recouverts, portant chacun une pelote à leur extrémité libre, et rivés ensemble par leur autre extrémité, sous des angles égaux. C'est une espèce de pince à trois branches élastiques qu'on introduit fermée, dans le vagin et qui tend à s'ouvrir aussitôt qu'on l'abandonne. Cet appareil a peu de solidité. Cependant dans les cas légers il mérite la préférence sur tous les instruments décrits précédemment. Nous verrons plus tard que le pessaire de Zwanck repose sur un principe analogue.

Les pessaires de M. Hervez de Chegoin, de Marjolin, etc... sont spécialement réservés au traitement des déviations ou des flexions. Ce sont des pessaires en gimblette, en bondon, en cuvette à tige ou sans tige.

Ils ne diffèrent des formes correspondantes ordi-

naires que par l'excentricité de l'ouverture : en d'autres termes, leurs segments antérieur ou postérieur sont inégaux en épaisseur ou en hauteur, de manière à constituer une pelote qui se place en avant ou en arrière, suivant l'espèce de lésion. En résumé, tous les pessaires que nous venons d'examiner se réduisent à deux classes : pessaires sans tige, pessaires à tige.

Les pessaires sans tige, en gimblette, en boudon, en cuvette, en boule cessent d'être applicables toutes les fois que la résistance des parois vaginales est moindre que le poids de l'utérus, joint à la pression des viscères et à la poussée du diaphragme dans les divers actes de la respiration et de la digestion. Il est vrai qu'en donnant au pessaire les dimensions énormes de la distance bi-ischiatique on peut prendre un point d'appui sur le squelette ; mais on conçoit l'étendue de l'altération qu'ont dû subir les parties molles, pour qu'une semblable disposition soit applicable. Quant aux pessaires à tige, ils semblent susceptibles d'acquérir une solidité plus grande ; mais en réalité, si l'instrument est solidement fixé, il en résulte une gêne des mouvements et une fatigue des tissus qui font que les femmes ne peuvent s'y habituer. D'autre part, si on relâche les liens de manière à faciliter les mouvements, et à ne point fatiguer les organes, l'appareil cesse de soutenir l'utérus.

Le pessaire Gariel, quoique de date récente, est fort connu. C'est un ballon de caoutchouc, muni d'un tube flexible, par lequel on peut le gonfler d'air, à l'aide d'une pelote dite insufflatrice. Rien de plus simple, de plus léger et de plus facile à introduire : aussi a-t-il été accueilli avec une satisfaction générale. Mais si les éloges ne lui ont pas fait défaut, à son avénement, la critique a eu son tour. On lui reproche de manquer de solidité, et par conséquent d'être insuffisant dans les cas de quelque gravité ; on lui reproche encore de se charger par une espèce d'endosmose de produits fétides et d'exhaler une odeur repoussante. Ces remarques, qui sont fondées, lui enlèvent une grande partie de sa valeur.

A l'étranger, plusieurs instruments ont acquis une vogue plus ou moins fondée. Nous ne décrirons que ceux de Roser et de Zwanck, qui, sous le nom pompeux d'*hystérophores*, représentent ce qui existe de plus complet en ce genre. Nous empruntons à l'ouvrage de Scanzoni la description de ces appareils.

« L'appareil de Roser consiste en une plaque de « fer-blanc recouverte de cuir, de la forme d'un rein, « et de 14 centimètres de long sur 8 et demi de large, « portant sur sa surface antérieure une agrafe d'acier « dans laquelle s'adapte, au moyen d'une vis, l'extré- « mité d'une branche recourbée, destinée à être in- « troduite dans le vagin. Cette branche, également

« d'acier, possède, 5 centimètres et demi au-dessus « de l'extrémité s'adaptant dans l'agrafe, une char- « nière qui lui permet un mouvement libre à droite « et à gauche. De là, la branche descend encore envi- « ron 5 centimètres et demi, puis elle se recourbe, « décrivant, d'abord en arrière, puis de nouveau en « haut et en avant, un segment de cercle tel, que la « partie remontante, également longue de 5 centi- « mètres et demi, se trouve à 5 centimètres et « demi de la branche descendante à l'endroit où les « deux parties sont le plus éloignées l'une de l'au- « tre. Toute la branche elle-même consiste en un « ressort d'acier large de 5 millimètres et passable- « ment fort, renfermé dans toute sa longueur dans un « tube de caoutchouc vulcanisé et terminé par un bou- « ton d'ébène, de 4 centimètres de long sur 3 de large « et 1 et demi d'épaisseur, assujetti au moyen d'une « vis pour pouvoir être monté ou baissé. A droite et « à gauche de la plaque destinée à reposer sur le « pénil se trouve un large ruban de fil que l'on ap- « plique autour des hanches et que l'on serre au « moyen d'une boucle. Pour empêcher cette plaque « de remonter vers l'abdomen, on peut ajouter « deux rubans étroits, passant entre les jambes des « deux côtés de la vulve et que l'on attache en ar- « rière à la ceinture entourant les hanches. Chez « quelques malades pour lesquels ces rubans étaient « incommodes, nous les avons remplacés par une

« large bande partant de la plaque, recouvrant la « branche descendante et attachée à la même place « que les rubans.

« Le but de cet appareil est de presser la paroi « antérieure du vagin relâchée et descendue, et de « la retenir contre la symphyse par l'élasticité de la « branche d'acier, elle et l'utérus également déplacés, « dans une position aussi normale que possible. Cet « appareil remplit parfaitement ordinairement son « but lorsque son application n'est pas empêchée par « une sensibilité excessive des organes génitaux. »

Mais cet hystérophore est parfaitement inutile lorsque le relâchement du vagin est général, ou lorsque c'est surtout la paroi postérieure de cet organe qui participe à la descente de l'utérus. Dans un pareil cas, il vaut mieux chercher à soutenir l'utérus et à opposer un obstacle à sa descente, en éloignant l'une de l'autre les parois latérales du vagin et en étendant ainsi de droite à gauche le fond de cette cavité. Les pessaires ordinaires ronds ou ovales, qui remplissent en partie ce but, ont l'inconvénient de dilater en même temps les parois postérieure et antérieure du vagin, d'être difficiles à enlever et d'exercer souvent une compression désagréable sur la vessie et le rectum.

L'appareil de Zwanck se compose de deux plaques métalliques, recouvertes d'une couche emplastique, percées à leur centre et réunies par une char-

nière. Sur la face extérieure des plaques et près de la charnière se trouvent deux manches disposés de façon, que quand leurs extrémités libres se rapprochent, les plaques fenêtrées s'écartent. Les manches sont tenus rapprochés à l'aide d'une douille à vis. Cet appareil a l'avantage de pouvoir être placé et enlevé à volonté; mais il a tous les inconvénients des pessaires en gimblette. Il manque de point d'appui solide, et de l'aveu de Scanzoni lui-même, il ne peut être d'aucune utilité, dans le cas de rupture du périnée; lorsque le volume et le poids de l'utérus sont trop considérables, ou quand les parois du vagin sont trop dilatées ou relâchées.

L'hystérophore de Schilling n'est qu'une modification peu importante de celui de Zwanck.

En résumé, quelque nombreux que soient les appareils destinés à contenir l'utérus, quelque ingénieux et variés que soient leurs modèles, on est forcé de reconnaître qu'il n'en existe pas encore un capable de remplir parfaitement toutes les indications. C'est du reste l'opinion de Scanzoni qui se déclare « forcé d'avouer qu'il est des cas où tous les instruments connus sont insuffisants » et qui « ose prétendre que dans ces cas aucun des instruments connus jusqu'à ce jour ne pourra atteindre le but désiré. »

En effet les conditions que doit remplir un pessaire sont nombreuses et n'ont peut-être jamais été

spécifiées. De cette absence d'études abstraites, il est résulté que la construction de ces appareils a été le plus souvent abandonnée au hasard ou au caprice des fabricants, et que la faveur publique a accueilli les instruments les plus défectueux, sans autres motifs que la réclame ou l'apparence, et sans examen préalable, et qu'on l'a vue abandonner ceux qui présentaient des avantages réels. Ainsi le pessaire improvisé par Saviard à l'occasion d'un fait que tout le monde connaît, était supérieur à tout ce qu'on a imaginé depuis.

Voici quelles sont à notre avis les conditions nécessaires à un appareil de ce genre.

1° Il faut que l'instrument trouve un point d'appui solide et invariable.

2° Les matières qui concourent à sa construction ne doivent se laisser altérer ni infiltrer par les liquides organiques.

3° L'instrument doit contenir la matrice d'une manière absolue, tout en laissant libres les mouvements normaux que cet organe exécute sous l'influence des poussées physiologiques, que lui transmettent les viscères abdominaux.

4° L'introduction doit en être facile et le plan de support doit être éminemment variable, de manière à s'accommoder aux diverses variétés de déplacement.

5° Enfin, il doit présenter un système d'articula-

tions et de brisures qui, sans rien lui enlever de sa solidité, laissent toute liberté aux mouvements d'extension ou de flexion, d'inclinaison latérale ou de torsion du tronc.

Il est suffisamment démontré que le point d'appui ne saurait être pris dans le vagin, surtout dans les cas qui ont quelque intensité. Nous avons donc adopté le système des ceintures hypogastriques. Mais ce n'est là qu'une face du problème, car, si la ceinture donne naturellement un point d'appui résistant, il importe de le rendre fixe ; or, c'est une circonstance capitale et qui fait défaut à la plupart des moyens de ce genre. Pour empêcher la ceinture de glisser sur l'abdomen et d'exercer sur le col une pression variable à chaque instant, et par conséquent exagérée ou incomplète, nous avons eu recours à un artifice de construction qui, ainsi qu'on le verra plus bas, assure à l'instrument une hauteur constante.

La nature des matériaux employés est une garantie de leur inaltérabilité : Le choix de l'argent et du caoutchouc préparé par un procédé qui nous est propre, sans entraîner la nécessité d'un poids trop considérable, assure l'intégrité des tissus contre toute atteinte mécanique ou chimique.

L'utérus est normalement maintenu à une certaine hauteur ; mais à l'état normal, comme à l'état pathologique, cet organe s'abaisse brusquement sous l'action diaphragmatique à l'occasion de la

30 Mai

toux, des efforts, etc. Or, avec les pessaires ordinaires, dont la tige est dépourvue d'élasticité, sous l'influence de ces actes, le col frappe violemment contre l'instrument, s'y contusionne, s'y meurtrit douloureusement, et à la longue s'enflamme et s'ulcère. C'est une des principales causes des accidents très-réels qu'on reproche à l'usage des pessaires. Notre procédé élimine complétement cet inconvénient; la tige intra-vaginale étant élastique, permet à la cuvette de fuir devant l'effort du col, et de le poursuivre dans son ascension, sans jamais l'abandonner. Il s'établit de la sorte, entre le diaphragme et l'appareil, un système de concessions réciproques, un véritable consensus, d'où résulte pour la matrice l'entière liberté de son jeu physiologique.

La facilité de l'introduire et de l'appliquer mérite d'être prise en considération sérieuse. Un mécanisme particulier, dissimulé dans l'épaisseur de la tige de support, permet à la cuvette de se renverser et de décrire une demi-révolution complète autour de son axe de suspension. Ainsi pour l'introduire, les dimensions linéaires de la cuvette correspondent toujours au grand diamètre de la vulve, et quand l'anneau vulvaire est franchi, on redresse la cuvette jusqu'au degré d'horizontalité exigé. Cette faculté de renversement d'arrière en avant et d'avant en arrière, se combinant avec un

mouvement de rotation de la tige intra-vaginale sur elle-même, permet d'orienter la cuvette suivant autant de plans qu'on peut en concevoir dans l'espace, et de l'adapter rigoureusement à toutes les attitudes possibles du col.

La dernière condition est la plus difficile à remplir. Il faut pour cela que dans toutes les attitudes de la femme, l'axe de la tige et celui du vagin se meuvent parallèlement. Or, avec les pessaires ordinaires cela n'arrive jamais. Chez la malade qui fait le sujet de la première observation rapportée par M. Robert, un pessaire en apparence semblable au nôtre était bien supporté dans l'immobilité horizontale et même pendant la station debout, mais il déterminait des douleurs intolérables aussitôt que le sujet exécutait un mouvement quelconque du tronc. Voici ce qui se passe en pareille circonstance.

Au repos, l'axe du pessaire et celui du vagin se confondent sensiblement, et il n'existe aucune gêne ; si ce rapport était conservé, la femme venant à s'incliner en avant, en arrière ou latéralement, il est évident que l'instrument serait bien supporté ; cela arriverait ainsi, si tous les mouvements dont nous venons de parler se faisaient autour de l'axe intercotyloïdien. Mais il en est autrement : ces mouvements ont un mécanisme complexe ; leur premier temps s'opère complétement dans la co-

lonne vertébrale, et les articulations du bassin n'y participent que consécutivement; il suit de là que, dans la flexion, par exemple, le point d'appui de l'appareil se déplace et met en mouvement la tige intra-vaginale, alors que le vagin est encore immobile, ou se meut avec une vitesse moindre. Ce défaut de parallélisme pousse l'instrument contre les parois du vagin et y détermine des désordres toujours graves. Des phénomènes analogues ont lieu dans les mouvements d'extension, d'inclinaison latérale, ou de torsion du tronc. Ce fait peut être confirmé par une expérience très-simple qui a été exécutée à l'Hôtel-Dieu par M. Robert, sur la malade dont nous venons de parler. En appliquant le pessaire à tige ordinaire, et plaçant le doigt entre la cuvette et la paroi antérieure du vagin, si on fait baisser la femme, le doigt éprouve, de la part de l'instrument, une compression qui explique clairement les douleurs que ressentent les malades dans les changements d'attitude.

Il est donc indispensable que tout pessaire soit muni d'un moyen de compensation capable de faire varier à chaque instant l'axe de la tige de support, et de lui permettre de fuir devant la résistance des parois vaginales. Dans le pessaire de Saviard, cette condition est, jusqu'à un certain point, remplie par l'élasticité du ressort; il en est de même pour celui de Roser, et nous n'hésitons pas à considérer cette

circonstance comme constituant une véritable supériorité.

Cependant, dans ces appareils, la puissance du ressort devant être vaincue par la résistance des tissus, il existe une lutte incessante entre le pessaire et l'organisme, qui laisse, il est vrai, la victoire à ce dernier, mais qui peut cependant lui devenir fâcheuse. Cette condition est remplie dans notre instrument par le mode d'articulation des deux tiges, qui, permettant à l'une de décrire des mouvements de circumduction autour de son pied, laisse la cuvette libre d'osciller dans le vagin, et de reculer devant ses parois, quelque étendus, quelque brusques et quelque variés que soient les mouvements auxquels la femme se livre.

Notre appareil se compose d'une ceinture hypogastrique et d'un pessaire à tige proprement dit.

Le pessaire comprend une cuvette qui reçoit le col, une tige droite et intra-vaginale qui soutient la cuvette et une tige extérieure courbée en *col de cygne* pour s'adapter à la forme du pubis, articulée d'une part avec la branche intra-vaginale et d'autre part se fixant à la ceinture hypogastrique.

La cuvette A est en argent, ou en caoutchouc souple et rendu inaltérable par un procédé qui nous est propre ; elle est largement percée au centre, et sa forme ainsi que son module sont appropriés à chaque cas. La tige intra-vaginale B également en

argent, est formée par deux cylindres creux qui s'emboîtent et glissent l'un sur l'autre à frottement

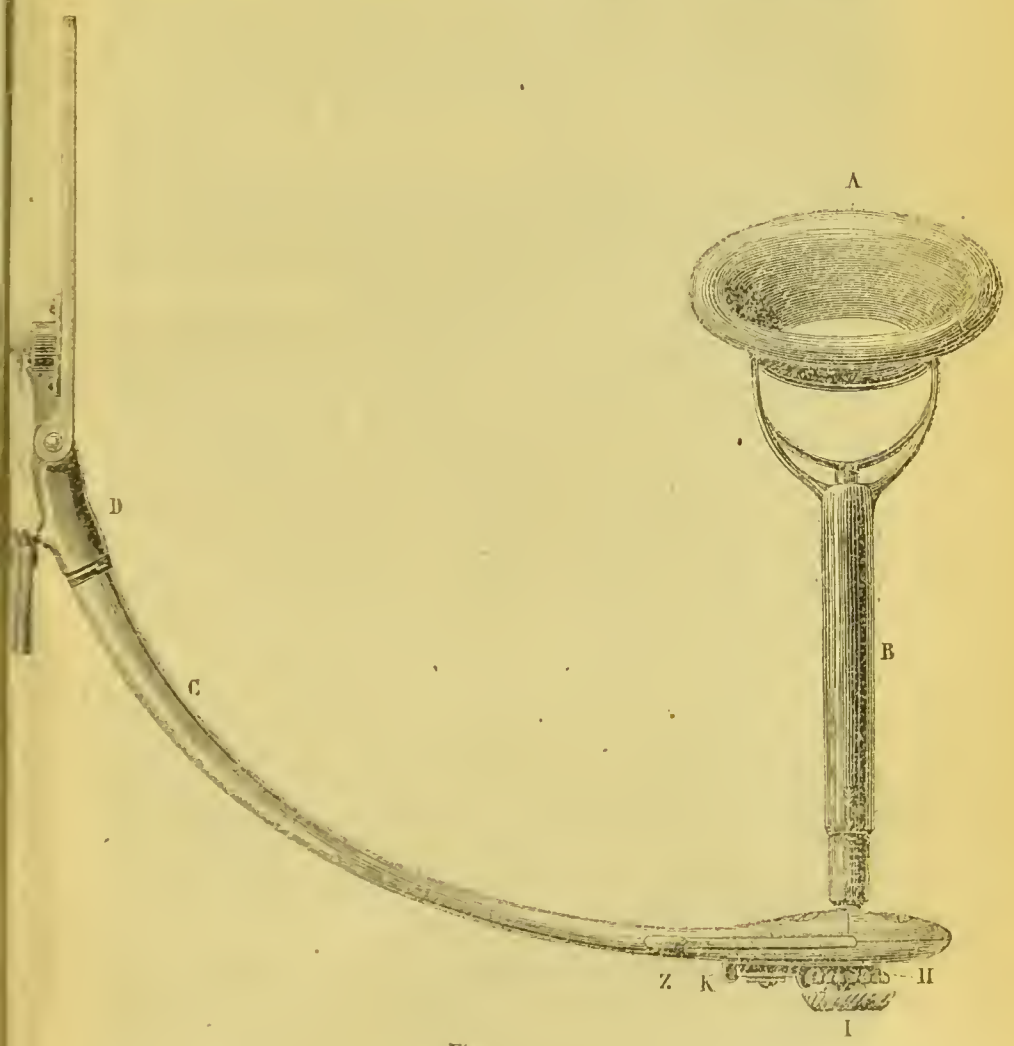


Fig. 1.

doux. Ce système de cylindres loge un ressort à pompe, et peut s'allonger ou se raccourcir à volonté, sans que ces variations de longueur exercent aucune

influence sur la puissance du ressort; il renferme en outre un mécanisme de précision qui permet le renversement complet de la cuvette, son redressement horizontal et tous les plans intermédiaires à ces deux limites extrêmes. Les deux branches sont assemblées de manière à ce que l'intra-vaginale puisse tourner librement sur son axe ou garder une position fixe; elle peut aussi décrire constamment des mouvements de circumduction.

Au niveau de cet assemblage et sur le prolongement de la tige droite se trouve un bouton moleté I qui détermine le renversement ou le redressement de la cuvette suivant qu'on le tourne de droite à gauche ou de gauche à droite. Immédiatement appliquée sur le bouton moleté, et parallèle à son plan, se trouve une petite roue dentée H, qu'on peut rendre mobile ou fixer à volonté au moyen d'un curseur K, qui glisse sur la face inférieure du col de cygne. En tirant en arrière le curseur, et tournant à la fois la roue dentée et le bouton, on allonge la tige de soutien, ou on la raccourcit, suivant qu'on tourne de droite à gauche ou de gauche à droite. Quand le curseur est poussé en avant et engagé dans la roue, celle-ci est immobilisée, et les mouvements d'ascension ou de descente de la cuvette se trouvent suspendus. Indépendamment de ce jeu multiple, la tige intra-vaginale peut tourner librement sur son axe ou demeurer fixe. Un cliquet Z, perdu dans l'é-

paisseur du col de cygne, à sa partie latérale, règle ce dernier mouvement : il suffit de presser légèrement sur l'extrémité postérieure du cliquet qui est en saillie, pour rendre à la tige sa liberté de rotation, et de le laisser tomber pour la rendre immobile.

La branche extérieure est composée de deux parties : le segment inférieur C, qui est en argent, s'engage dans le supérieur D qui est en acier, à l'aide d'un tourillon tournant dans une douille, et laissant l'appareil libre d'exécuter des mouvements angulaires autour de son point fixe pour se prêter aux mouvements de torsion du tronc. Ce jeu, qui n'est pas toujours nécessaire, peut être paralysé au moyen d'une vis de pression, commandée par un anneau M qui se trouve en avant. A deux centimètres au-dessus de sa réunion avec la partie inférieure, le segment supérieur du col de cygne est brisé, et présente, au niveau de la brisure, un secteur denté et une vis sans fin, mue par un deuxième anneau N. Cette disposition a pour but de graduer la courbe de la branche externe, de porter en avant ou en arrière le pied de la tige intra-vaginale et de régler sa direction dans le conduit utéro-vulvaire, Au-dessus de cette brisure la tige est aplatie d'avant en arrière, taillée carrément et polie pour s'engager dans le coulisseau de la ceinture, où on la fixe par une vis de pression. Une crémaillère à crans très-rappro-

chés permet d'élever ou d'abaisser à volonté le point de suspension.

La ceinture hypogastrique est constituée par une pelote lombaire O, d'où partent deux ressorts de bandage M, M qui embrassent le bassin et viennent se

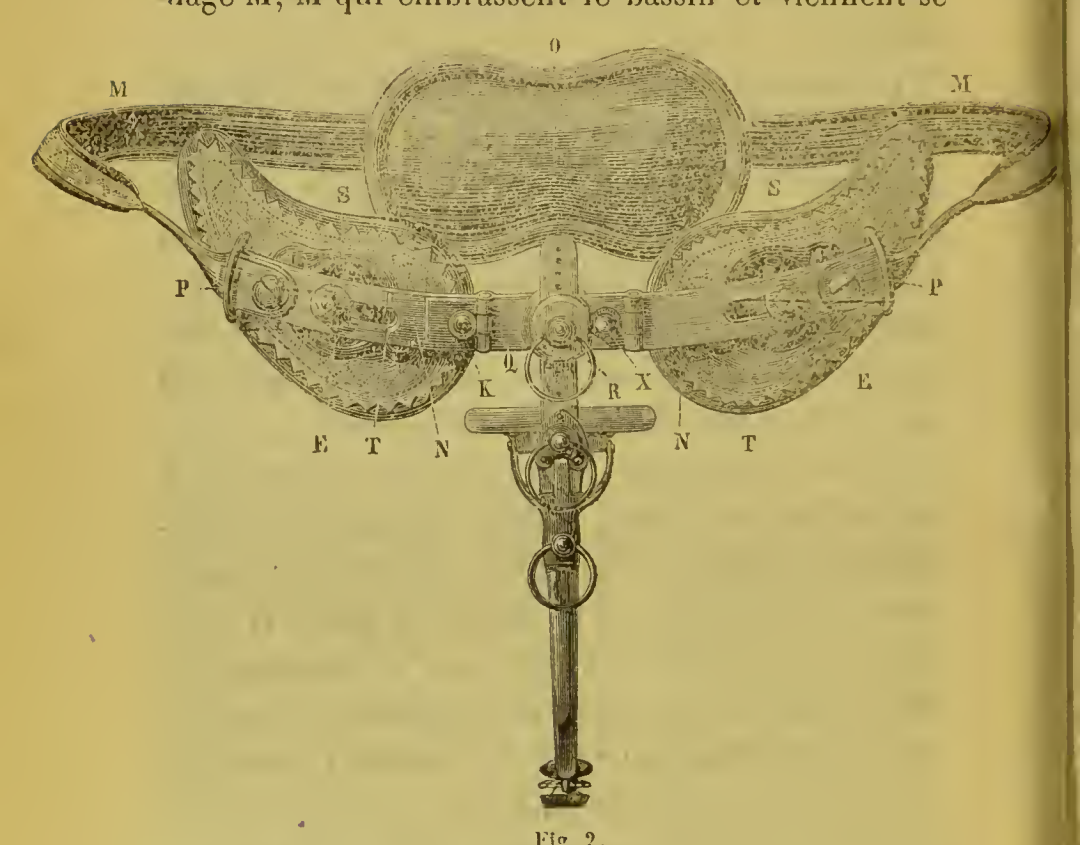


Fig. 2.

fixer en avant aux extrémités d'un arc métallique PP que nous allons décrire. Celui-ci est brisé et présente deux bandes latérales N, N unies à charnière à une traverse médiane Q qui porte le coulisseau R. Ces deux pièces latérales sont percées à leur

partie moyenne d'une fente longitudinale TT dans laquelle est engagé le pied d'une pelote herniaire SS. Ce pied peut glisser dans la fente ou y affecter une situation fixe au moyen de l'écrou E E. Cette disposition permet à la pelote d'opérer des mouvements de translation dans la fente et par conséquent de cheminer le long de la limite abdomino-crurale. Ces pelotes sont montées sur un boulet compris entre deux hémisphères qu'on peut serrer ou relâcher à volonté. Cet artifice, qui rappelle le système de suspension des instruments d'optique sur leur pied, permet à la pelote de s'incliner à volonté et de s'adapter à tous les degrés de relief abdominal et à toutes les directions possibles de hernies.

La pièce médiane porte le coulisseau dont nous avons déjà parlé. Celui-ci est pratiqué dans l'épaisseur d'un cylindre horizontal, mobile autour de son axe et laissant le pessaire osciller à droite et à gauche de son centre de suspension. Ce cylindre peut être immobilisé au besoin, en serrant la vis latérale X. Un anneau commande la vis de pression qui serre la crémaillère.

Manière d'appliquer l'appareil.

On pose d'abord la ceinture que l'on ouvre comme un bracelet, en pressant avec le doigt le bouton K et en tirant sur les ressorts. Elle doit être disposée de

manière que la petite extrémité des pelotes regarde en haut et en dehors. On la ferme ensuite et on donne aux pelotes une inclinaison appropriée. Cela fait, on couche la femme sur le bord d'un lit ou d'un siége quelconque, le bassin un peu élevé, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses légèrement fléchies sur le tronc et fortement écartées. On s'assure de la direction du col et on graisse l'instrument. On dégage ensuite le curseur en le tirant en arrière, et on règle la longueur de la tige intra-vaginale, en tournant à la fois la roue dentée et le bouton moleté. Avant de tourner le bouton moleté I, on doit toujours s'assurer que le curseur est engagé dans la roue dentée. Sans cette précaution, la roue pourrait tourner en même temps que le bouton, et le corps de pompe s'allongeant indéfiniment, la cuvette se séparerait de l'appareil, et tomberait dans le vagin (1).

(1) Pour nettoyer l'appareil, on tourne à la fois le bouton et la roue, jnsqu'à ce que la pièce supérieure du corps de pompe soit complétement dégagée, et on plonge le tout, sauf la partie supérieure, qui est en acier, dans une dissolution bouillante de potasse d'Amérique. Si la cuvette est en caoutchouc on doit éviter de la plonger dans ce liquide. Pour remonter l'appareil, on saisit la partie supérieure de la main gauche, on l'engage sur le cylindre inférieur, en ayant soin de faire coïncider exactement les flèches qui se trouvent sur les cylindres ; on pèse sur le ressort, et on tourne simultanément le bouton et la roue dentée. Cette longueur étant déterminée on pousse le curseur dans la roue.

On tourne ensuite la tête moletée de gauche à droite pour renverser la cuvette et l'amener dans le plan vertical; on lève le cliquet latéral et on tourne la tige intra-vaginale, jusqu'à ce que la cuvette renversée se trouve dans le plan des deux branches. On saisit alors le pessaire de la main droite, on présente la cuvette à la vulve dans la direction de son axe antéro-postérieur et on l'engage dans le vagin. Quand l'anneau vulvaire est franchi, on tourne la tête moletée pour ramener la cuvette à la direction horizontale ou suivant le plan incliné que l'on jugera convenable ; on relève ensuite le cliquet et on tourne la tige intra-vaginale, de manière à placer transversalement les anses qui supportent la cuvette, afin de ménager le rectum et la vessie (1).

Nous avons remarqué que la plupart des malades agissent ainsi spontanément lorsqu'elles procèdent elles-mêmes à l'application du pessaire. On pousse ensuite l'instrument dans la direction connue du col, et on l'engage dans la cuvette. On s'assure par le toucher vaginal que cette condition est rem-

(1) On peut simplifier cette manœuvre de la manière suivante : on se place à la droite de la femme et on lui fait étendre la cuisse droite et fléchir fortement la gauche. La cuvette renversée et disposée transversalement, est poussée dans le vagin ; cela fait, on saisit le col de cygne qui se trouvait parallèle au pli de l'aine, et on le ramène en avant, dans la direction de la ligne blanche ; les anses de la cuvette se trouvent ainsi naturellement disposées de manière à respecter la vessie et le rectum.

plie ; cela fait, on pousse la branche externe dans le coulisseau de la ceinture et on la fixe à une hauteur convenable en tournant l'anneau de droite à gauche. On règle la direction de la tige dans le vagin en tournant l'anneau le plus élevé N, qu'on rencontre sur le col de cygne, et, en général, il est extrêmement important de placer le pied du pessaire aussi près que possible de la fourchette. Cette manière de procéder a l'avantage de porter l'instrument dans la direction de la verticale, et en même temps de ménager le plus possible les mouvements de flexion du tronc qui, comme on le sait, sont plus fréquents et beaucoup plus étendus que les mouvements d'extension. Cette manœuvre terminée, on immobilise suivant le cas, ou on rend libre le segment inférieur de la branche externe C, ainsi que les mouvements d'oscillation de l'appareil autour de son point fixe, en agissant sur la vis latérale X (*figure* 1).

Tel est l'instrument qui a été présenté à l'Académie. Pour satisfaire à la généralité des indications qui peuvent surgir dans le traitement des déplacements, on a dû multiplier les complications mécaniques, et c'est avec quelque apparence de raison qu'on a pu lui faire un reproche de cette multiplicité de brisures et de mouvements. Nous ne croyons pas que le problème général puisse être résolu à moins de frais ; mais il est évident qu'en vue des

cas particuliers, l'appareil peut être simplifié par l'élimination successive de tous les détails de construction que permet l'absence de complications dans la maladie même que l'on considère. Pour ne citer qu'un exemple, quand la tumeur utéro-vaginale est volumineuse, et qu'ayant souvent franchi l'anneau, elle en a détruit l'élasticité, de manière a permettre aisément l'introduction de la cuvette, on peut supprimer tous les détails de construction relatifs aux révolutions de la cuvette et de rotation de la tige intra-vaginale. Nous avons également entendu un honorable académicien manifester des craintes sur la solidité de notre appareil, et envelopper dans une proscription générale tous les instruments compliqués. Le savant rapporteur, M. Robert, à fait une réponse victorieuse à cette objection en rappelant que, dans certains cas qu'il avait observés et dont il se faisait l'historien désintéressé devant l'Académie, l'instrument avait régulièrement fonctionné pendant près d'une année. Nous pourrions ajouter que nous connaissons des malades qui le portent depuis plusieurs années sans qu'il ait éprouvé aucun dérangement ; mais il suffira de dire que, construit avec tout le soin, toute la précision d'un instrument chronométrique il ne laisse rien à craindre sous le rapport de sa solidité. Quant aux difficultés inhérentes à son application et à sa manœuvre, on peut les considérer comme nulles, car nous avons tou-

jours vu les malades le placer et le régler sans difficulté après quelques jours d'essai.

Nous ne ferons que mentionner les divers traitements chirurgicaux qui prétendent guérir radicalement l'abaissement. Les divers procédés opératoires qu'on a conseillés dans ce but, consistent à rétrécir le vagin ou la vulve, soit par l'ablation de lambeaux plus ou moins grands de tissu, et par l'application de sutures consécutives, soit en provoquant une violente inflammation des parois vaginales suivie d'un travail de cicatrisation.

Dans ces derniers temps M. Huguier a proposé l'amputation du col ; mais cette opération s'applique aux cas d'hypertrophie et non aux déplacements. Quand l'hypertrophie est peu considérable, et qu'elle complique un abaissement, il est préférable

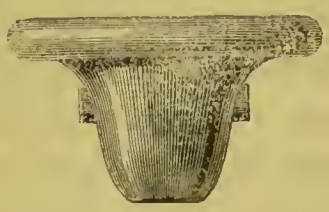


Fig. 4.

Fig. 5.

de se servir d'une cuvette conique et fenestrée (*figures* 4 et 5), dont la résistance, tout en supportant l'utérus, en arrête le développement ultérieur.

II

FLEXIONS

Les flexions se divisent en flexions antérieures, postérieures et latérales ; on distingue aussi des flexions du col sur le corps, et des flexions du corps sur le col. Nous ne parlerons ici que des formes les plus communes, c'est-à-dire de l'antéflexion et de la rétroflexion.

Dans ces affections, l'axe de la matrice est brisé et le corps de l'organe infléchi sur le col, soit en avant, soit en arrière, forme avec lui un angle plus ou moins ouvert. Cette disposition est quelquefois à peine prononcée ; mais d'autres fois l'angle est tout à fait droit ou même très-aigu, de sorte que le corps de la matrice tombe parallèlement au col, que son fond occupe une position déclive et que l'utérus est plié en deux.

Le sommet de la flexion occupe presque toujours les points de la matrice où s'insère le vagin ; cette coïncidence s'explique suffisamment par les données anatomiques. Les parois de l'organe présentent

plusieurs altérations : elles sont plus épaisses, plus molles, rouges ou ardoisées ; les vaisseaux sont dilatés ou engorgés ; la cavité présente tous les signes du catarrhe chronique, et contient une quantité variable de mucus qui s'y est accumulé sous la triple influence de la déclivité du fond, de l'inflammation de la muqueuse et du rétrécissement de l'orifice interne. Scanzoni a trouvé deux fois, dans la vieillesse, cette ouverture oblitérée, et, comme conséquence de l'atrésie, une hydromètre peu volumineuse. Au niveau de la courbure et surtout dans le sens de l'affection, les parois utérines sont décolorées, ramollies, transformées ou atrophiées. On pense qu'elles ont subi la dégénérescence graisseuse, ou, d'après Virchow, qu'à leurs fibres musculaires s'est substitué un tissu connectif d'apparence tendineuse.

La surface externe est souvent le point de départ de brides celluleuses ou cellulo-fibreuses, qui se fixent aux viscères voisins ou aux parois pelviennes et opposent un obstacle invincible à la réduction. La présence fréquente de ces adhérences nombreuses, résultat d'anciennes péritonites partielles, a pu faire croire que la flexion est souvent la conséquence de cette inflammation. La vessie et le rectum sont souvent aussi le siége de lésions diverses.

Il en est de même de la muqueuse du vagin et des trompes, ainsi que des nombreux pexus veineux

30 Mai

qui environnent les viscères du petit bassin. Enfin presque toujours on observe une version antérieure ou postérieure suivant la nature de l'affection.

§ 1er. — Causes.

C'est surtout à l'âge adulte que se manifestent les flexions ; mais tout porte à croire que le jeune âge n'en est point exempt. Les autopsies sembleraient même indiquer, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que ces affections sont très-communes dans les premiers temps de la vie, et qu'elles tendent à s'effacer par l'évolution naturelle des organes. Seulement, avant l'apparition comme après la cessation des règles, cette anomalie demeure latente, faute de la congestion périodique qui le plus souvent la réveille, et aussi, parce que le petit volume des organes à ces deux époques l'empêche d'agir sur les viscères voisins.

La grossesse joue un rôle considérable dans l'étiologie des flexions, et l'activité de cette cause s'accroît encore du concours de quelques circonstances éventuelles. Quand la femme se lève trop tôt après les couches, et qu'elle reprend ses travaux, avant que le retrait des parois utérines ait eu lieu, le poids du fond tend certainement à faire basculer l'organe autour de son insertion vaginale. D'autre part, ce phénomène se manifestera avec d'autant plus d'énergie et de fréquence que la rétraction sera

plus lente à s'opérer. Aussi observe-t-on de préférence cet accident chez les femmes qui ont eu des grossesses nombreuses et rapprochées, qui ont accouché avant terme, ou qui ont avorté, ainsi que chez celles qui ont présenté des accouchements laborieux, ou des délivrances tardives. Il en est de même pour celles dont l'utérus a subi de grandes distensions par suite de grossesses gémellaires, d'hydropisie de l'amnios ou pour toute autre cause. Or, on sait que chez toutes ces classes de femmes, l'utérus est très-long à revenir sur lui-même. Scanzoni pense aussi que la privation de l'allaitement prédispose aussi à cette affection ; il fonde cette assertion sur une statistique assez nombreuse, et « personne, dit-il, ne nous contestera que l'irritation des nerfs mammaires, produite par la succion d'un nouveau né, pendant les premiers temps, ne provoque d'énergiques contractions dans le tissu musculaire de l'utérus, et non-seulement concourt ainsi à la diminution du volume de l'organe, mais encore active le travail puerpéral en général. »

Les flexions peuvent aussi être congénitales, ou se développer à la suite d'une affection des parois utérines qui, en affaiblissant le tissu, en détermine la courbure ; enfin elles succèdent quelquefois à la formation de brides et d'adhérences ou à la brièveté d'un des ligaments ronds.

§ 2. — Symptômes et diagnostic.

L'affection demeure latente avec la puberté, dans les cas où elle existe antérieurement à cette époque; en général, les troubles fonctionnels qui l'accompagnent cessent aussi à l'âge critique, ou du moins diminuent notablement d'intensité. Pendant la période moyenne de la vie, elle se manifeste par une série de phénomènes sur la gravité, la constance et la fréquence desquels on est loin d'être d'accord. Simpson, Valleix, Kiwisch, Mayer, affirment qu'indépendamment des désordres locaux de l'appareil génito-urinaire, les flexions utérines déterminent tous les accidents de l'hystérie et de la chlorose. D'autre part, Scanzoni, après avoir, dit-il, au début de sa carrière, partagé cette opinion, se déclare aujourd'hui convaincu que « les flexions de la matrice n'acquièrent quelque importance, et ne sont suivies de dangers sérieux que lorsqu'elles se compliquent d'une autre altération dans le tissu de l'organe. » Il rejette sur les complications qui accompagnent cette lésion, la généralité des phénomènes morbides attribués jusque-là aux flexions. Du reste, le même auteur ajoute que cette affection entraîne fatalement l'apparition du catharre chronique, de l'engorgement, des ulcérations du col, etc.

Quoi qu'il en soit, voici les symptômes qu'accusent les malades atteintes de cette infirmité. Dès le début,

elles se plaignent de coliques utérines, vives, rappelant quelquefois le caractère expulsif des douleurs puerpérales ; les règles apparaissent irrégulièrement; la quantité de sang exhalé est très-variable ; ordinairement elle est très-abondante, sort par caillots, et constitue une véritable métrorrhagie. Dans l'intervalle des règles, il existe une leucorrhée continue et intarissable; un peu plus tard apparaissent des troubles intenses de la miction et de la défécation. La femme souffre d'un ténesme vésical pénible et continuel, ainsi que d'une constipation opiniâtre. Insensiblement se développent sympathiquement des troubles profonds des fonctions digestives : il y a des tiraillements d'estomac, du pyrosis, des renvois, de la boulimie, etc. Sous l'action combinée des hémorrhagies et de la perversion des digestions, l'élément plastique du sang s'appauvrit, et la malade se trouve en proie à tous les accidents si multiples et si variés de la chlorose.

Le diagnostic résulte de l'observation de ces divers symptômes, et surtout des signes fournis par l'exploration directe de l'appareil génital. Au toucher, le col est volumineux, ramolli ou plus dur qu'à l'état normal; il est entr'ouvert et dévié en arrière ou en avant suivant la variété de la flexion. Cette attitude vicieuse du col tient à ce que la flexion est toujours compliquée de version. L'extrémité supérieure du vagin est très-lâche ; le doigt poussé dans

le cul-de-sac antérieur ou postérieur peut aisément refouler en haut la voûte vaginale, et percevoir la partie supérieure du col et même la partie inférieure du corps. En continuant l'exploration, on sent que le doigt s'engage dans une espèce de cul-de-sac dont le fond est représenté par la courbure, et dont les parois sont formées, l'une par le corps infléchi de la matrice, et l'autre par son extrémité opposée. Le fond de l'utérus constitue en avant ou en arrière du col une tumeur arrondie, mobile, fuyant sous le doigt et souvent douloureuse à la pression. Le caractère pathognomonique de cette affection gît en ce que la tumeur dont nous venons de parler disparaît sous l'influence du cathétérisme utérin. Cette manœuvre ne saurait laisser de doute sur la nature réelle de l'affection ; mais comme elle n'a pas toujours lieu sans inconvénient, il vaut mieux n'y avoir recours que lorsqu'on n'a pu acquérir des données suffisantes par tout autre moyen.

Cette affection est grave ; car outre qu'elle apporte des obstacles sérieux à la conception et à la gestation, elle s'accompagne de souffrances vives, et tend secondairement à altérer la santé tout entière. Elle est rebelle, car on ne la voit presque jamais disparaître sous l'action des forces seules de la nature, et il n'existe aucun moyen sûr de la guérir. Nous ne parlerons point de l'usage des pessaires intra-utérins. En France, aujourd'hui, il est universellement reconnu que leur

utilité est douteuse, et que leur usage peut entraîner des accidents rapidement mortels. On se borne généralement à combattre les accidents par des moyens médicaux. Les émissions sanguines locales, les ferrugineux, les amers, les antispasmodiques, forment la base de la médication la plus usitée. En général, les femmes se trouvent bien de l'usage des ceintures hypogastriques qui immobilisent la matrice, supportent le poids des viscères et protégent l'organe gestateur contre les poussées toujours douloureuses du diaphragme dans les mouvements de la respiration et dans l'accomplissement des efforts.

On oppose aussi des moyens directs aux complications qui surgissent vers le col ou dans la cavité du corps, telles que les ulcères, les congestions, les hémorrhagies, le catarrhe. On a aussi essayé, et quelquefois avec succès, des pessaires redresseurs de diverses formes, sans tige intra-utérine, bien entendu. Nous avons dans ce but construit une cuvette destinée à agir sur le corps de l'organe à travers les parois du vagin, et à le rapprocher de sa direction normale. Cette cuvette (*fig.* 3), qui se monte sur le pessaire ordinaire, a un segment de sa circonférence élevé en dossier de fauteuil, de manière à embrasser le col de l'organe, et à le ra-

Fig. 3.

mener en avant ou en arrière, suivant le cas, en variant son inclinaison, à l'aide du mécanisme précédemment décrit. Il est facile de comprendre le mode d'action de ce moyen. Comme le cul-de-sac vaginal est très-lâche chez les malades atteintes de flexions, on engage la partie la plus saillante de la cuvette dans le cul-de-sac où se trouve la tumeur utérine, et il est presque toujours possible de lui faire atteindre le fond de l'organe et de le relever.

Ce procédé, joint au traitement des complications, constitue une thérapeutique toujours inoffensive, et souvent suffisante pour remédier à tous les accidents. En vue de mener parallèlement l'emploi des moyens mécaniques et l'usage des agents médicamenteux, nous avons établi une forme de cuvette qui facilite l'application des topiques sur le col. Cette modification (*fig*: 6), consiste en un grand nombre de pertuis circulaires pratiqués dans l'épaisseur de la cuvette, par où l'on peut faire passer des liens destinés à fixer des bourdonnets de charpie chargés des substances indiquées par l'état pathologique du col.

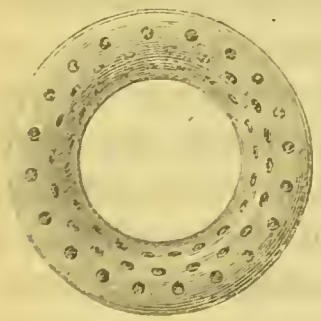


Fig. 6.

III

VERSIONS

On dit que la matrice présente une version, quand elle affecte dans le vagin une position plus ou moins horizontale. On dit qu'il y a antéversion, rétroversion, ou latéro-version, suivant que le col est en avant, en arrière ou sur l'un des côtés du vagin. L'utérus, dans ces diverses attitudes conservant sa rectitude normale, le corps occupe les points du pelvis diamètralement opposés. Pour expliquer ces anomalies, on a surtout invoqué le défaut d'équilibre de l'organe, et expliqué la direction de la version par la présence de congestions partielles ou de corps fibreux. D'une autre part, et avec plus de vraisemblance, à notre avis, on a considéré les congestions partielles, qu'on observe constamment, dans ce cas, comme un accident secondaire de la version dû à la déclivité de la paroi. Il est probable que les versions résultent du concours des trois circonstances suivantes: augmentation du poids de l'organe ou de la poussée qu'il supporte, rigidité de ses parois, résistance des liga-

ments postérieurs de la matrice et des connexions de ce viscère au niveau de l'insertion vaginale. En termes plus explicites, lorsque, sous l'une des nombreuses influences analysées plus haut, l'utérus est refoulé en bas, il peut subir trois ordres de déplacements. Si les ligaments vésico-utérins ont peu de résistance, si le plancher périnéal a peu de solidité, et si les insertions utéro-vésicales sont lâches, l'utérus glisse suivant la direction du vagin parallèlement à lui-même, et il se produit une variété de l'abaissement. Mais si les moyens de soutien que nous venons d'énumérer résistent synergiquement, et qu'en même temps les parois de l'organe présentent un certain degré de laxité, il s'opère une flexion autour du point fixe. Diverses circonstances accessoires, telles que la situation des points ramollis, une hypertrophie ou une congestion partielles, expliquent la variété de l'affection. Si, au contraire, les parois utérines offrent une certaine rigidité, l'organe refusant de s'infléchir, bascule en totalité autour de ses attaches périvaginales, et il se produit une version.

La fréquence de l'antéversion est due à la direction normale de la matrice et à la résistance plus grande de ses moyens de fixité postérieurs. Cette différence dans la densité du tissu utérin suivant les individus est réelle et fréquente. Dans le cas de flexion, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que, sauf de rares exceptions, la tumeur formée par

le fond de l'utérus est mobile, fuyante sous le doigt, facile à déplacer, ce qui indique une grande mollesse de tissus. Dans la version, au contraire, toutes les fois qu'on agit sur le col, on déplace le fond en sens contraire, ce qui accuse une rigidité considérable des parois. De quelle nature est cette différence de résistance dans les éléments anatomiques de la matrice? Nul doute qu'elle ne puisse être pathologique; mais on peut admettre aussi qu'elle coïncide le plus souvent avec l'état physiologique ou avec des lésions de structure, sinon tout à fait latentes, du moins obscures et sans manifestations symptomatiques bien déterminées. Au commencement du siècle actuel, ces ramollissements utérins avaient frappé les observateurs par leur fréquence et leur absence de manifestations. On peut s'en convaincre en lisant les mémoires et les thèses de l'époque sur ce sujet. Nous citerons plus spécialement, comme résumant parfaitement cet ordre de recherches, la thèse soutenue devant la Faculté de Strasbourg par M. Luroth. Peut-être est-ce à cette lésion, encore mal déterminée de nos jours, qu'il faut attribuer la différence si tranchée d'expression symptomatique que les praticiens ont constatée dans les déplacements utérins en général.

Les symptômes de cette lésion sont ceux des déplacements de la matrice en général. Le toucher seul peut donner une idée exacte de la nature de l'accident.

Le traitement réclame ici plus spécialement qu'ailleurs l'emploi des pessaires à cuvette mobile, et nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici l'opinion de Désormeaux : « Ce moyen m'a paru remplir parfaitement le but qu'on se propose, et être le seul qui puisse le faire ; en effet, les pessaires en anneau ou en bondon, et les éponges repoussent la matrice et la tiennent élevée en totalité, mais sans la maintenir dans sa rectitude, tandis que le pessaire à tige ou en bilboquet, recevant le museau de tanche dans sa cuvette, le fixe vers le centre du bassin et force par cela même le fond de l'utérus à rester redressé. La tige du pessaire, embrassée par la partie inférieure du vagin, conserve à cet instrument sa situation verticale et s'oppose à ce qu'il se renverse, comme il arrive presque toujours aux pessaires en anneau. J'ai peu de choses à ajouter à ce qui a été dit de la forme à donner à cet instrument, de son usage et de ses avantages. J'ajouterai seulement qu'après avoir ramené l'utérus dans sa direction naturelle, rarement il conserve cette situation, qu'il reprend sa situation vicieuse dès qu'on a retiré le doigt qui le maintenait, et pendant qu'on introduit le pessaire, mais qu'on peut facilement obvier à cet inconvénient.

Il suffit pour cela de diriger la cuvette en arrière dès qu'elle a franchi l'entrée rétrécie du vagin, pour aller pêcher, pour ainsi dire, le museau de tanche

dans la courbure du sacrum. D'ailleurs la largeur considérable que je donne au bord de la cuvette du pessaire que j'emploie à cet usage, en distendant également les parois du vagin, force le museau de tanche à se reporter vers le centre de ce canal, où il trouve la cuvette disposée pour le recevoir. La présence du pessaire dans le vagin détermine une augmentation notable de l'écoulement leucorrhéïque. Levret regarde cette augmentation de sécrétion comme une circonstance favorable, propre à opérer le dégorgement de la paroi antérieure de l'utérus; je suis assez disposé à adopter cette opinion, qui est d'accord avec les faits. Il ne me répugne pas d'admettre que l'inflammation de la membrane muqueuse du vagin, entretenue dans de certaines limites, agit d'une manière dérivative sur l'inflammation chronique de la paroi de l'utérus. Au moins n'ai-je jamais observé que la présence du pessaire augmentât l'inflammation de l'utérus; au contraire, j'ai souvent vu les restes de cette inflammation disparaître pendant l'usage de ce moyen, ce qu'on peut fort bien attribuer aussi à ce qu'il fait cesser la cause de cette inflammation, comme il a été dit plus haut. Je dois aussi faire remarquer que, conformément à la doctrine généralement admise, je n'ai jamais appliqué de pessaire tant que la matrice conservait quelque intensité. Pendant l'usage du pessaire, le vagin se resserre d'une manière notable, ses parois repren-

nent évidemment de la tonicité, ce qui me paraît aussi être dû à l'inflammation entretenue par sa présence.

Cette circonstance contribue certainement à empêcher le retour du déplacement, et à faire du pessaire, non un moyen palliatif, mais un moyen de cure radicale, comme Levret l'avait avancé. Ce grand praticien estime que, pour obtenir ce résultat, il suffit en général de faire porter le pessaire pendant un an ou quinze mois ; il remarque qu'à cette époque l'écoulement leucorrhéïque diminue progressivement et finit par se tarir, ce qu'il regarde comme le signe de la guérison. Mes observations, plus nombreuses que celles qu'il a publiées, sont d'accord avec elles ; je pense même que dans beaucoup de cas on pourrait abréger ce terme. Une autre remarque importante est que, pendant l'usage du pessaire, on voit ordinairement disparaître cette maigreur extrême que Hunter regarde comme la cause prédisposante de l'antéversion, et qui est probablement l'effet de la métrite. Il survient un embonpoint qui, en remplissant le vide du bassin, assure la solidité de la guérison. Le même traitement convient à la rétroversion. »

(Désormeaux, *Dict.* en 21 vol.)

RAPPORT

FAIT A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE DU 11 JANVIER 1862 (1),

Par M. Alph. ROBERT

Chirurgien honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, etc.

Messieurs, le 9 juillet 1861, S. Exc. M. le ministre de l'agriculture et du commerce a adressé à l'Académie, en lui demandant son avis, un nouveau pessaire imaginé par M. Grandcollot, orthopédiste à Paris, dans le but de remédier aux prolapsus et aux déviations de la matrice. Cet instrument a été naturellement envoyé à la commission des remèdes secrets et nouveaux; mais comme il s'agissait d'un moyen mécanique, d'un appareil que l'expérimentation clinique seule permettait de juger, votre commission l'a renvoyé à mon examen. Je viens en son nom vous en faire connaître le résultat. Avant de décrire l'appareil de M. Grandcollot, je crois devoir apprécier sommairement les pessaires connus jusqu'à ce jour.

Ils sont très-nombreux, et l'on peut dire que les praticiens ont épuisé toutes les combinaisons possibles de forme pour arriver à la contention des déplacements de l'utérus. Mais,

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1862, t. XXVII, page 391.

chose triste à dire, ces efforts sont restés impuissants, et la plupart des pessaires sont tombés en désuétude. Les seuls que l'on ait à peu près conservés sont les circulaires et les ovalaires.

Tous ces instruments soutiennent l'utérus en prenant leur appui contre les parois du vagin qu'ils distendent diversement suivant leur forme. Les uns s'y creusent un enfoncement ou plusieurs enfoncements limités; les autres y développent une gouttière circulaire; les autres enfin, tels que les pessaires élytroïdes et ceux à air comprimé, en distendent toute la surface. Déjà, et par le seul fait de leur présence et de la distension du vagin, ces corps étrangers déterminent de la gêne, de la douleur, et une irritation des organes génitaux internes quelquefois telle, qu'ils ne peuvent être supportés. Mais ce n'est pas tout : peu à peu les parois du vagin perdent leur ressort, et l'on est obligé d'augmenter le volume des pessaires, sous peine de ne plus agir. On arrive ainsi par degrés à des grosseurs telles, que les fonctions de la vessie et du rectum sont gravement compromises; souvent même on est obligé de renoncer à leur emploi. Dès lors le vagin, dont l'élasticité est perdue, ne peut plus soutenir l'utérus, et l'abaissement de cet organe fait des progrès plus rapides; de telle sorte que l'instrument primitivement destiné à le prévenir, devient au contraire la cause qui l'entretient et l'aggrave.

Il est vrai que pour maintenir les pessaires, on est souvent dans l'usage de comprimer le périnée et la vulve au moyen d'une pelote allongée que l'on fixe par des liens à une ceinture. Souvent encore, dans le même but, on adapte à ces instruments une tige solide que l'on soutient à l'extérieur avec des sous-cuisses.

De prime abord il semble que ces procédés doivent atteindre le but, mais il n'en est rien. D'une part, les pelotes appliquées sur le périnée et sur la vulve y déterminent, pendant la marche, des frottements pénibles, et le contact des

30 Mai

urines y produit une irritation qui les rend généralement insupportables. D'autre part, les liens destinés à fixer les pessaires à tige, s'ils sont convenablement tendus pour remplir l'indication, gênent les mouvements et causent de la douleur; s'ils cessent d'être tendus, ils deviennent inefficaces.

Aussi divers praticiens ont-ils renoncé à l'emploi des instruments, se bornant à soutenir la vulve et le périnée avec une pelote élastique attachée à une ceinture. Il y a plus de vingt-cinq ans que nous avons employé un appareil de ce genre, imaginé en Angleterre par le docteur Hull. Ce moyen, dont la seule action est de fermer la vulve, peut suffire sans doute à quelques abaissements de peu d'importance, bien qu'il participe à tous les inconvénients attachés à la compression directe du périnée, mais il est insuffisant lorsque l'utérus descend très-bas et tend à dépasser la vulve. Le frottement du col contre l'appareil produit des douleurs, des excoriations, des écoulements sanguins qui épuisent les femmes et empoisonnent leur existence.

Cette impuissance des moyens de contention qui agissent directement sur le vagin ou sur le périnée, a dû naturellement faire chercher des points d'appui en dehors de ces organes ; de là l'idée de fixer les pessaires en les soudant à une tige recourbée et rigide, fixée elle-même à une ceinture entourant les hanches.

Cette idée est déjà fort ancienne, car elle se trouve dans le recueil d'observations de Saviard (page 47), et l'on a lieu de s'étonner que, dans ces derniers temps, plusieurs industriels aient cru pouvoir en réclamer la priorité (1).

Le pessaire prenant son appui sur une ceinture hypogastrique réalise un progrès. Mais, depuis Saviard jusqu'à nos

(1) M. Pouillien est un des industriels auxquels j'ai fait allusion; c'est lui qui récemment a cru pouvoir adresser à l'Académie une réclamation de priorité (page 352), se fondant sur un rapport de M. Hervez de Chégoin qui lui est contraire.

jours, on peut dire que l'application en est restée très-incomplète, et que les instruments que l'on a produits dans ce sens présentent des inconvénients sérieux. En effet, quand ils sont appliqués, leur inflexibilité est telle, que souvent la femme est condamnée à garder constamment la même attitude ou à n'en changer qu'en s'entourant de précautions infinies, sous peine d'éveiller de vives douleurs. Pour se rendre compte de ce phénomène, il suffit d'examiner ce qui se passe dans les diverses attitudes du tronc. Si, par exemple, la femme étant debout se baisse, la cuvette de l'instrument se porte en avant et presse douloureusement la vessie. Cet inconvénient est tellement frappant, que Récamier avait déjà cherché à le corriger par l'emploi d'un ressort à boudin supportant le pessaire. Cette modification ingénieuse est loin cependant de résoudre la difficulté, car elle n'amortit que les chocs verticaux, et ne remédie en rien aux oscillations latérales. Si donc on songe à la diversité des attitudes du tronc et aux impulsions subites que l'utérus est sujet à recevoir dans les efforts de toute nature, on a peu de peine à comprendre l'insuccès des appareils de ce genre; et Scanzoni, qui a fait connaître divers hystérophores plus ou moins ingénieux, ne craint pas de dire qu'il est des cas où aucun des instruments connus jusqu'à ce jour ne peut atteindre le but désiré (*Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, 1858, p. 118).

Il nous reste maintenant à vous faire connaître l'instrument imaginé par M. Grandcollot. Il se compose d'une ceinture hypogastrique à deux pelotes ; entre elles se trouve une armature métallique à doubles brisures latérales, dans l'écartement desquelles est placée l'insertion d'un col de cygne suspenseur du pessaire, et courbé convenablement pour s'adapter sur le pénil. Ici déjà se trouve un système de mouvement par lequel ce col de cygne peut, au gré des chirurgiens, être fixé ou exécuter des mouvements variés de rotation et d'inclinaison.

Au col de cygne se trouve adaptée une tige intra-vaginale munie d'un cuvette à son extrémité supérieure. Cette tige est rectiligne, formée de deux cylindres creux emboîtés et glissant l'un sur l'autre, s'allongeant ou se raccourcissant à volonté et contenant :

1. Un ressort à boudin dont la puissance, indépendante des changements de longueur de la tige, demeure invariable;

2. Un système d'excentrique qui lui permet de se renverser plus ou moins sur son axe, et même d'exécuter autour de lui une révolution complète. Ce mécanisme en rend l'introduction très-facile, et lui permet d'être appliqué aux déviations de l'utérus, quelle que soit la position anormale prise par cet organe.

Enfin, la tige rectiligne est articulée avec le col de cygne, de manière à pouvoir tourner sur elle-même, et exécuter des mouvements de circumduction.

Il résulte de l'ensemble de ces brisures que la cuvette, une fois placée de manière à embrasser exactement le col de l'utérus, peut exécuter tous les mouvements que ce col lui-même exécute dans les divers mouvements du tronc, et qu'elle ne peut exercer aucune pression fâcheuse sur les organes qui l'avoisinent.

L'instrument de M. Grandcollot ne présente donc aucun des inconvénients que nous avons signalés dans les appareils à suspension pourvus de tiges rigides.

Il nous reste à faire connaître les résultats cliniques obtenus par l'emploi de ce moyen.

Les faits sont aujourd'hui très-nombreux, mais nous nous bornerons à mentionner ceux que nous avons observés nous-même ou qui ont été recueillis par nos collègues des hôpitaux de Paris. Il va sans dire que nous sommes occupé exclusivement de ces cas graves de prolapsus complets, simples ou compliqués de cystocèle ou de rectocèle, qui ont résisté à l'emploi des moyens connus.

Première observation. — Au mois de juillet 1860, nous

avons admis à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de soixante quatre ans, affectée depuis onze ans d'un prolapsus de l'utérus. D'abord elle avait pu contenir l'organe avec une serviette qui passait sur le périnée et se fixait à une ceinture. Mais, en 1856, à la suite d'excès de travail, la saillie de l'utérus devint plus volumineuse, et la malade essaya inutilement l'emploi de divers pessaires. Depuis lors elle ne cessa d'éprouver des malaises et des souffrances quelquefois très-vives. Elle ne pouvait presque plus marcher et urinait à chaque instant.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le prolapsus utérin dépassait la vulve de quatre travers de doigt au moins; la surface en était ulcérée : la cavité de l'organe mesurait 13 centimètres. Il existait en même temps une cystocèle et un rectocèle assez prononcés. Nous essayâmes d'abord une ceinture hypogastrique, à laquelle se fixait, au moyen d'une tige de fer recourbée, un pessaire en bilboquet. Mais ce moyen, modifié de diverses manières, ne put être supporté. C'est alors seulement que j'eus recours à l'appareil de M. Grandcollot, le 22 décembre 1860.

Le succès en fut immédiat et complet. Au bout de quelques semaines, je voulus savoir s'il serait possible de revenir à l'emploi du bandage à tige rigide et fixe; mais la malade éprouva aussitôt des envies d'uriner, des douleurs lombaires et de la fièvre qui me forcèrent à le retirer. Je revins donc après quelques jours de repos, au pessaire à tige mobile, que la malade a gardé depuis lors. Elle peut se livrer sans douleur aux exercices les plus fatigants.

Deuxième observation. — Au mois d'avril 1860, une infirmière de la Salpêtrière, âgée de dix-neuf ans, soulevant une épileptique pour la placer sur son lit, éprouva dans les reins une douleur vive, à la suite de laquelle la station et la marche devenant de plus en plus difficiles, elle fut obligée de s'aliter et fut admise dans le service de M. Cusco, le 12 octobre 1860, six mois après l'accident. Le prolapsus de l'uté-

rus était alors tellement considérable, qu'il ressemblait à un pénis et rappelait la fausse hermaphrodite dont parle Saviard. On essaya successivement le pessaire en gimblette, et celui du docteur Gariel, qui ne purent contenir l'organe. C'est alors que M. Follin, qui avait succédé à M. Cusco, décida l'emploi de l'appareil de M. Grandcollot, le 26 novembre 1860. Ce moyen réussit à tel point que, peu de jours après, la malade put reprendre le service d'infirmière, et ne l'a pas quitté depuis. Elle a été examinée, au mois de janvier 1861, par MM. Cloquet, Dubois, Moreau, Trousseau, Ricord et Huguier. Lorsque l'on enlevait l'appareil et que la malade faisait un léger effort, l'utérus se précipitait aussitôt hors de la vulve, où il faisait une saillie de 7 à 8 centimètres.

J'ai constaté son état beaucoup plus tard, le 27 septembre dernier. L'utérus était déjà beaucoup moins mobile, et même ne sortait plus par la vulve quand cette jeune fille restait sans appareil. Depuis lors elle l'a quitté plusieurs fois pendant deux ou trois jours, et elle a pu se livrer aux travaux pénibles de sa profession, sans que l'utérus se soit déplacé de nouveau.

Troisième observation. — Une femme âgée de trente-huit ans fut affectée, il y a douze ans, d'un prolapsus considérable de l'utérus, à la suite d'un accouchement laborieux. Elle fit usage de pessaires circulaires qui d'abord contenaient assez bien la tumeur, et fut infirmière à l'Hôtel-Dieu dans les services de MM. Guérard et Trousseau ; puis elle fut admise à la Salpêtrière, le 4 avril 1857, dans le service de M. Cazalis, toujours en qualité d'infirmière. Pour contenir l'utérus, elle avait été obligée de grossir peu à peu le volume de ses persaires, et elle avait fini par en placer d'énormes qui devenaient insuffisants et lui causaient de grandes souffrances. M. Cazalis crut devoir lui faire suspendre l'emploi de tous ces moyens. Elle n'en continua pas moins à faire son service d'infirmière, mais au prix de vives douleurs et d'un dépérissement considérable. Le 1er juillet 1861, M. Cazalis

voulut essayer l'emploi du pessaire articulé de M. Grandcollot, qui fut bien supporté et calma immédiatement toutes les souffrances; depuis lors la malade n'a cessé de faire le service pénible d'infirmière et se porte très-bien.

J'ai constaté son état le 27 septembre 1861, il est des plus satisfaisants.

Quatrième observation. — Une femme âgée de cinquante-trois ans a été admise à l'Hôtel-Dieu dans mon service, le 17 septembre dernier, pour y être traitée d'un prolapsus complet de l'utérus. A la suite d'un premier accouchement, elle avait été d'abord affectée, il y a vingt ans, d'un abaissement léger que j'avais traité à l'hôpital Beaujon par le pessaire ordinaire. Guérie en apparence au bout de quelques mois, elle en suspendit l'usage, et fut, pendant quinze années, dans un état très-satisfaisant; mais, en 1854, à la suite d'un effort violent, la matrice s'échappa brusquement à travers la vulve, et depuis ce temps elle n'a pu être maintenue par aucun moyen.

Lors de l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, l'organe faisait à l'extérieur une saillie de 6 centimètres. L'hystéromètre s'y engageait à la profondeur de 12 centimètres. J'appliquai d'abord un pessaire en cuvette à une ceinture hypogastrique, par une tige rigide, mais il ne put être supporté. Le 9 novembre, j'eus recours au pessaire articulé de M. Grandcollot, et tout de suite la femme put se lever, marcher, se baisser, exécuter, en un mot, sans douleur, toute espèce de mouvement. Aucun accident ne s'est manifesté depuis. La malade continue l'emploi de ce pessaire.

Cinquième observation. — Voici maintenant un cas de rétroflexion où l'appareil à tige mobile a été mis en usage avec un plein succès. Il m'a été communiqué par M. le docteur Follin, chirurgien à l'hospice de la Salpêtrière.

Il s'agit d'une femme de trente ans, qui, à la suite de quatre accouchements et d'une fausse couche, souffrait d'une rétroflexion et d'un léger abaissement de l'utérus.

Cette dame faisait usage depuis quelques mois de pessaires de gomme élastique en forme de cuvette. Mais ces pessaires, dont elle était forcée tous les deux mois d'augmenter le volume, étaient chassés du vagin lorsqu'elle faisait des efforts pour aller à la garde-robe, ou se penchait en avant pour exécuter quelques-uns des travaux de son ménage.

L'appareil de M. Grandcollot a amené à cet égard un résultat très-satisfaisant. La malade, qui porte ce pessaire depuis deux mois sans accident, peut aujourd'hui aller à la selle, faire tous les efforts et prendre toutes les positions, sans que l'instrument se déplace. La gêne abdominale qui résulte de la phlegmasie chronique, cause de la rétroflexion, n'a point disparu, mais la malade, dont l'utérus est bien soutenu, peut maintenant se livrer à des travaux qu'elle n'osait pas entreprendre lorsqu'elle se servait des pessaires de caoutchouc.

Messieurs, il me serait facile de grossir ce travail par un grand nombre d'observations analogues à celles que je viens de rapporter, et tout aussi concluantes; mais je crois devoir me borner à celles-ci, et j'ai hâte d'arriver aux conclusions.

Les détails dans lesquels je suis entré démontrent que l'appareil de M. Grandcollot, par la mobilité des pièces qui le composent, par l'élasticité de la tige qui supporte la cuvette et la faculté que possède celle-ci de s'incliner dans tous les sens, paraît plus apte que tous les moyens connus à remédier aux déplacements considérables de l'utérus.

Nous avons donc l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à S. Exc. M. le ministre de l'agriculture et du commerce, que le pessaire de M. Grandcollot, à pièces articulées et mobiles peut être une ressource précieuse dans certains cas d'abaissements de l'utérus considérables et rebelles à l'emploi des pessaires connus jusqu'à ce jour.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées par l'Académie.

OPINIONS DE LA PRESSE MÉDICALE

1° UNION MÉDICALE (9 JANVIER 1862).

Un rapport fait par M. Robert, et que l'on ne pouvait pas supposer susceptible de soulever aucune discussion, a cependant excité une sorte de petite tempête académique. Il s'agit d'un nouvel appareil de contention des déviations et des prolapsus de la matrice, inventé par M. Grandcollot, mécanicien à Paris, et soumis au jugement de l'Académie par M. le ministre de l'agriculture et du commerce. M. Robert a expérimenté lui-même à l'Hôtel-Dieu ce nouvel appareil; il s'est enquis auprès de ses collègues des autres hôpitaux, qui l'ont également employé, des résultats obtenus par eux, et l'honorable rapporteur est arrivé devant l'Académie avec un nombre assez considérable d'observations cliniques qui prouvent que l'appareil de M. Grandcollot est efficace; qu'il a réussi à maintenir des prolapsus utérins qu'aucun moyen connu n'avait pu contenir; que, par son emploi, les femmes subissant depuis plusieurs années toutes les incommodités et l'impossibilité de travail causées par des abaissements, des rétroversions, des rétroflexions de la matrice, étaient très-soulagées et pouvaient vaquer à leurs occupations depuis qu'elles s'étaient soumises à l'emploi de cet appareil. Naturellement, M. Robert a fait un rapport favorable et a proposé de répondre à M. le ministre que l'appareil de M. Grandcollot était bon, et même meilleur que tous ceux inventés jusqu'ici; et l'on sait qu'elle est longue la série des moyens, pessaires, pelotes, à ou sans tige, ceintures, etc., qui forment l'*armamentarium* de l'utérus.

M. Robert est-il un juge compétent? Personne assurément

n'oserait le contester. Passe-t-il pour facile à l'illusion ? Ce n'est pas là un défaut de son esprit. M. Robert est au contraire un juge plutôt sévère qu'indulgent, c'est un véritable clinicien en un mot, c'est-à-dire l'homme des faits et des preuves. On peut donc supposer que ce n'est pas légèrement qu'il a invoqué ses preuves et qu'il a rédigé ses conclusions.

Cependant son rapport a été vivement attaqué, si vivement, qu'il a dû consentir à une nouvelle rédaction de ses conclusions, afin, a-t-on dit, de ne pas engager l'Académie par un rapport que l'inventeur pourrait exploiter pour la vente de son appareil.

L'Académie a raison certainement de se montrer susceptible et sévère, mais il ne faut pas aller jusqu'à l'injustice, jusqu'à la négation du droit commun. Que l'Académie s'inquiète de l'usage qui pourra être fait de son approbation, elle est dans son droit, et l'expérience lui a appris, en effet, qu'il y a beaucoup d'abus possibles en ce genre. Mais, dans le cas actuel, nous ne prévoyons pas, en vérité, quel abus elle pourrait craindre. L'usage de l'appareil de M. Grandcollot ne pourra être que fort exceptionnel ; avant d'en venir là, les médecins et les malades elles-mêmes auront recours à des moyens plus simples et moins dispendieux ; ce n'est guère qu'en désespoir de cause qu'on en viendra à son emploi, et si, dans ces circonstances, l'inventeur d'un appareil, que M. Robert déclare ingénieux et utile, en retirait quelque profit, nous ne voyons pas trop en quoi la dignité de l'Académie serait compromise.

Amédée LATOUR.

2° GAZETTE HEBDOMADAIRE (10 JANVIER 1862).

M. Poggiale descendu de la tribune, un rapport sur un nouveau pessaire a eu le pouvoir — qui le croirait ? — de retenir sur les bancs l'assistance à moitié levée et ayant déjà le

chapeau à la main. C'est que M Robert a su exposer avec le sens d'une clinicien consommé une question de prothèse qui peut paraître assez vulgaire aux médecins de cabinet, mais qui est en réalité l'une des plus épineuses de la pratique. Si M. Grandcollot a imaginé, comme le pense le rapporteur, un pessaire qui relève et soutienne sans douleur la matrice précipitée entre les lèvres du vagin, qui puisse se prêter sans se déranger et sans blesser les parties à tous les mouvements de la femme, il a rendu un service notable et qu'il est juste de reconnaître. Que ce soit en termes mesurés, à la bonne heure? et M. Robert ne s'y est pas opposé; mais il ne faudrait pas non plus que la crainte de voir abuser d'une approbation de la compagnie aboutît à un déni de justice.

Ce service est-il réel? Rien de ce qu'ont dit MM. Depaul, Hervez de Chégoin et Malgaigne ne prouve qu'il n'en soit pas ainsi. Avec le premier de ces honorables membres, nous croyons que, pour les simples abaissements de matrice, le mieux est de s'abstenir de tout appareil intra-vaginal et de s'en tenir à la pelote périnéale. Nous accordons au second que les pessaires à cuvette contiennent quelquefois très-bien le prolapsus complet; nous ajoutons même que, comme lui, nous avons trouvé dans plusieurs cas les lèvres vaginales comme fermées au-dessous de pessaires altérés, encroûtés, qui avaient été oubliés pendant plusieurs années dans le vagin. Comme le troisième enfin, nous regrettons que l'appareil de M. Grandcollot soit un peu compliqué et vraisemblablement un peu cher. Mais il ne faut pas perdre de vue la vraie question, qui est celle-ci : Dans des cas où le prolapsus n'avait pu être contenu par aucun des pessaires en usage, le nouveau pessaire a-t-il mieux réussi? Or, les observations relatées par M. Robert, dans lesquelles on voit les accidents cesser dès qu'on applique l'appareil et se reproduire dès qu'on l'enlève, sont très-affirmatives à cet égard. Dès lors, ou il faut contester la valeur de ces faits, ou toute discussion devient superflue. Si les faits sont valables, l'appareil pourra

n'être pas bon pour toutes les femmes, pour tous les prolapsus ; mais il aura sa sphère d'application, il réussira là où d'autres auront échoué. N'est-ce pas déjà un assez grand avantage? A. DECHAMBRE.

2° GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (11 JANVIER 1862).

Une autre question a servi de texte à un rapport néanmoins très-excellent de M. Robert, à propos du pessaire articulé de M. Grandcollot. Reconnaissons immédiatement avec M. le rapporteur que ce nouvel appareil, très-ingénieux dans sa construction, remplit beaucoup mieux que les autres appareils du même genre certaines indications. Il nous a paru un peu compliqué, d'un agencement susceptible de dérangements fréquents; mais qu'est-ce à dire s'il produit de bons résultats, s'il soulage certaines infirmités, calme certaines douleurs jusqu'alors irrémédiables? A ce point de vue le nouveau bandage méritait le soin avec lequel M. Robert l'a étudié. Mais ici, comme à l'occasion du rapport de M. Poggiale, nous aurions été satisfait de voir M. Robert porter ses regards un peu plus haut. Jusqu'ici les pessaires n'ont été que des moyens empiriques; ils n'ont été opposés qu'à un symptôme, à une apparence du symptôme, la descente ou la déviation de l'utérus. Cela ne rappelle-t-il pas involontairement l'époque où l'on appliquait grossièrement des repoussoirs, des pressions contre les saillies des gibbosités? Un esprit aussi sérieux et aussi sagace que M. Robert aurait pu aller au delà du symptôme; il aurait pu poser la question de l'origine et du caractère des prolapsus ou des déviations de l'utérus pour en déduire une indication rationnelle quelconque à l'emploi des pessaires. Dans l'une des observations relatées par notre collègue, il est question d'un cas de chute de la matrice complétement guéri par l'application d'un pessaire

continuée pendant deux ans. Quelle est cette espèce de prolapsus? Quels sont ceux qu'on guérit, ceux qu'on soulage et ceux qu'on irrite? Il y en a de cette dernière catégorie, car il y a des malades qui ne peuvent supporter aucune espèce de pessaires, et pourtant on sait si le nombre en est grand. On peut même dire à cette occasion que la multiplicité, nous ne disons par la richesse des moyens, est, comme dans toutes les maladies contre lesquelles il y a cent remèdes, en raison inverse de son efficacité. C'eût été trop demander au dévouement d'un praticien occupé comme M. Robert de traiter la question des pessaires dans toute sa généralité: mais il est permis de desirer qu'elle le soit, et de montrer son extrême utilité. Peut-être cela donnera-t-il à quelque esprit résolu l'idée de tenter cette utile entreprise. Jules GUÉRIN.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 5

Anatomie de l'utérus 7

I. — Déplacements 20

§ 1er. — Causes 20

§ 2. — Anatomie pathologique 25

§ 3. — Symptômes et Diagnostic 27

§ 4. — Traitement 30

Manière d'appliquer l'appareil 57

II. — Flexions 62

§ 1er. — Causes 64

§ 2. — Symptômes et Diagnostic 66

III. — Versions 71

Rapport fait à l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur Robert 78

Opinions de la Presse médicale 88

1° *Union médicale* 88

2° *Gazette hebdomadaire* 89

3° *Gazette médicale* 91

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

CATALOGUE

DES

APPAREILS INVENTÉS PAR M. GRANDCOLLOT

ET

ADMIS A L'EXPOSITION DE LONDRES, 1862.

PESSAIRE-GRANDCOLLOT

BREVETÉ EN FRANCE S. G. D. G., EN ANGLETERRE ET EN BELGIQUE.

Instrument déclaré supérieur à tout ce qui existe en ce genre par l'Académie impériale de médecine de Paris. *Séance du 11 janvier* 1862.

Il est surtout précieux dans le traitement des versions et des flexions. Pour plus amples renseignements, voir : *Traitement des déplacements de l'utérus par le* PESSAIRE-GRANCOLLOT. In-8. Paris, Baillière, 1862.

Toute demande de *Pessaire-Grandcollot* doit être accompagnée de la valeur approximative des diamètres du col, et de la circonférence exacte du bassin, prise à égale distance du grand trochanter et de la crête iliaque.

HYSTÉROLABE

BREVETÉ S. G. D. G.

Instrument destiné à saisir le col de l'utérus et à le ramener dans l'axe du vagin, lorsqu'il est fortement dévié et qu'on ne peut atteindre ni ramener cet organe avec le doigt.

APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

BREVETÉS S. G. D. G.

Nouveau système d'appareils se recommandant par une grande simplicité, fonctionnant sans pignon et sans clé, avec le secours seul de la main, applicables au traitement des ankyloses, des diverses variétés de pied-bot, déviations de la taille, etc.

Ces appareils diffèrent surtout des moyens ordinaires en ce qu'au lieu d'être fixés comme ces derniers avec des bretelles, dont l'emploi est toujours fatigant et souvent nuisible, en ce qu'ils prennent leur point d'appui sur le sol ou sur le squelette, aux apophyses transverses des vertèbres, et agissent sur les clavicules de manière à ne créer aucun obstacle au libre développement de l'axe rachidien.

Le même système est applicable comme moyen de compression, dans le traitement des hémorrhagies, des anévrismes et de diverses tumeurs.

BANDAGES HERNIAIRES

BREVETÉS S. G. D. G.

Dans ces bandages le ressort est forgé avec le plus grand soin, et la pelote articulée de manière à ce que son inclinaison puisse s'approprier immédiatement et exactement à toute espèce de hernies.

APPAREILS SPÉCIAUX

POUR LE TRAITEMENT DES LUXATIONS SPONTANÉES ET CONGÉNITALES.

MEMBRES ARTIFICIELS

PERFECTIONNÉS

Se recommandant par leur solidité et leur excessive légèreté.

Corbeil, Typographie de Crété.